

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice GANDY

Né le 7 Janvier 1905, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

ÉTUDE CLINIQUE ET RÉSULTATS

DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES D'URGENCE

Président : Monsieur Pierre DUVAL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice GANDY

Né le 7 Janvier 1905, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

ÉTUDE CLINIQUE ET RÉSULTATS
DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES D'URGENCE

Président : Monsieur Pierre DUVAL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie	FEY Urologie.
BERNARD Henri Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD Et... Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GATELLIER Pathologie chirurgicale.
BROCC Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BULLIARD Histologie.	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
CHABROL Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
DOGNON Physique.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
DONZELOT Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OVERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphil-
	graphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
AUBERTIN ..	
BRULE	
CHIRAY	
DUVOIR	
HARVIER	} Clinique chirurgicale
LIAN	
BASSET	
CADENAT	
HEITZ-BOYER .	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ	

MM.

GUENIOT	} Clinique obstétricale
LE LORIER....	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE
Le Docteur CHARLES GANDY
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

*Mon Premier Maître
A qui je dois tout.*

A MA MERE

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

*En hommage de profonde admiration,
de reconnaissance et de très respectueux
attachement.*

A MON MAITRE
Monsieur le Docteur GEORGES LABEY

A qui je suis redevable à plus d'un titre de ma reconnaissance. Faible témoignage de ma respectueuse affection pour tout ce que je lui dois.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur MAURICE CHEVASSU

En hommage d'admiration et de respectueuse gratitude pour les marques de bienveillance qu'il m'a toujours manifestées.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur RENÉ TOUPET

En hommage de ma vive reconnaissance pour l'affection qu'il m'a toujours montrée et pour tout ce qu'il m'a appris.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé F.-M. CADENAT

En témoignage de ma reconnaissance pour la sympathie qu'il ne cessa de me témoigner pendant le temps trop court passé dans son service.

A MON MAITRE
Monsieur le Professeur HOVELACQUE

En témoignage de mon respectueux attachement pour l'intérêt qu'il n'a cessé de me porter durant mes trois années à l'Ecole Pratique.

A Monsieur le Docteur AMELINE

Au Maître et à l'Ami.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

- 1924 Monsieur le Professeur A. GOSSET.
Monsieur le Professeur ACHARD.
Monsieur le Docteur LOUIS RAMOND.

Externat.

- 1925 Monsieur le Docteur LABEY.
1926 Monsieur le Professeur CARNOT.
1927 Monsieur le Docteur APERT.
Monsieur le Docteur J. HALLE.

Internat.

- 1928 Monsieur le Professeur Agrégé MOCQUOT.
1930 Monsieur le Professeur Pierre DUVAL.
1931 Monsieur le Docteur R. TOUPET.
1932 Monsieur le Professeur MAURICE CHEVASSU.
Monsieur le Professeur Agrégé CADENAT.
1933 Monsieur le Docteur LABEY.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. GATELLIER

A Messieurs les Docteurs RAOUL MONOD,
R. SOUPAULT,
MENEGAUX, GUEULLETTE, REDON.
Chirurgiens des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur BARIETY
Médecin des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs
MERLE D'AUBIGNE, DULAC
Chefs de clinique à la Faculté

INTRODUCTION

Depuis la première guérison opératoire obtenue par Michaux en 1894, le traitement chirurgical des ulcères perforés en péritoine libre a donné lieu à de nombreuses discussions.

Pendant longtemps la mortalité opératoire fut considérable ; les malades arrivaient trop souvent au chirurgien en pleine péritonite, et il était impossible de songer à l'avenir sans aggraver un pronostic immédiat déjà si sombre. Aussi la suture était-elle la seule intervention pratiquée.

A partir de 1920, sur des malades opérés plus tôt, il devient possible d'envisager à la fois le traitement de l'accident lui-même et de la maladie causale. On s'aperçoit en effet que, dans bien des cas, l'ulcère perforé reprend son évolution, la perforation apparaissant comme une simple étape.

On discute alors de l'opportunité d'une gastro-entérostomie complémentaire, pour parer à des troubles ultérieurs dont on commence à entrevoir la fréquence.

Enfin, plus récemment, et à l'étranger surtout, on a proposé la gastrectomie d'emblée comme étant le seul traitement logique d'une affection dont l'ulcus n'est somme toute qu'un épisode aigu.

Actuellement, chacun des procédés a ses défenseurs et ses détracteurs.

C'est pour préciser la valeur de ces différentes conduites opératoires et quelques points de clinique qu'il nous a paru intéressant d'étudier en détail 191 observations d'ulcères gastro-duodénaux perforés.

Si la clinique n'a pas fait d'acquisition nouvelle depuis les magistrales leçons de Dieulafoy à l'Hôtel-Dieu, par contre la radiographie, devenue le complément indispensable de la chirurgie d'urgence, apporte des précisions nouvelles qui permettent de trancher un diagnostic hésitant.

Mais nous nous sommes surtout attaché à la recherche des résultats donnés par les interventions actuellement pratiquées d'urgence. Il nous a paru raisonnable, pour juger de la valeur d'un procédé, d'envisager, pour chacun d'eux, sa gravité immédiate et ses résultats éloignés.

En basant uniquement nos arguments sur des constatations objectives, nous verrons que la thérapeutique chirurgicale des ulcères perforés est complexe : il apparaît impossible de se rallier à une formule unique. Des cas différents demandent des solutions différentes ; une seule intervention ne saurait être à la fois la moins grave et la meilleure.

Nous tenons à remercier ici nos différents Maîtres :

M. le Professeur Pierre Duval, qui nous a fourni une documentation importante dont nous nous sommes largement servi ;

M. le Docteur Toupet, M. le Docteur Cadenat et M. le Docteur Labey, qui ont bien voulu nous confier les observations de leurs services.

Nous y avons ajouté la liste des interventions d'urgence du service de Dujarier à Boucicaut depuis 1920. Nous sommes redevable à MM. les Docteurs Chevrier et Desplas de leurs statistiques hospitalières.

MM. les Docteurs Wilmoth et Leibovici nous ont communiqué des observations intéressantes.

MM. les Docteurs Bécère et Porcher nous ont fourni les documents radiographiques qui illustrent une partie de ce travail.

Qu'il nous soit permis d'adresser également nos remerciements à M. le Professeur agrégé Macaigne, à M. le Docteur Nicaud, à M. le Docteur Moutier, enfin à Mme Blondeau-Clark et à M. Normand, auxquels nous devons l'interprétation de coupes histologiques qui accompagnent plusieurs de nos observations.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

ÉTIOLOGIE

I. — Fréquence

Les perforations d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre viennent au second rang parmi les affections aiguës de la chirurgie d'urgence, aussitôt après l'appendicite.

Relativement rares avant la guerre, elles sont devenues d'une fréquence extrême. Fait curieux, et qui a été remarqué dans tous les pays, cette fréquence a tendance à s'accroître chaque année.

Les statistiques de Gibson et Hinton en font foi ; Scollo et Barbaro Giovani sont frappés de cette progression. Ce dernier réunissant les différents cas opérés depuis 15 ans à l'Hôpital Umberto I^{er} de Rome peut noter :

1915 à 1919	16 cas
1920 à 1924	27 cas
1925 à 1929	57 cas

Judine fait les mêmes constatations avec des chiffres encore plus impressionnants. En France, les derniers travaux parus notent une progression semblable ; Wilmoth dans le service Lenormant trouve :

1920 à 1928	18 perforations
1929	11 perforations
1930 (6 premiers mois) ..	5 perforations

Chabrut dans le service de Lejars, Guilleminet et Latreille font des constatations semblables.

C'est une progression analogue que nous trouvons dans la statistique de l'Hôpital de Vaugirard :

1921 à 1925	19 cas
1926 à 1930	25 cas
1931 à 1933 inclus	22 cas

Il est difficile d'expliquer cette progression. Steichele la met sur le compte de l'abus du tabac, en se basant sur la fréquence parallèle des affections gastriques depuis la guerre surtout chez l'homme. On ne peut faire que des suppositions. Il est certain toutefois, que toutes les causes capables de modifier la sécrétion gastrique, en particulier d'augmenter son acidité, ne doivent pas être étrangères à cette augmentation de fréquence.

Signalons que certains auteurs notent une recrudescence des perforations à certaines époques de l'année : mars-avril et octobre-novembre.

II. — Sexe

La plus grande fréquence de la perforation chez l'homme est un fait bien connu : sur nos 191 observations, il y a 175 hommes et 16 femmes seulement.

Certaines statistiques accusent même une différence plus grande : Judine, sur 343 cas réunis à la fin de 1927, ne trouve que 5 femmes ; Hinton, 2 sur 105

cas ; Metzger, dans sa thèse, donne la proportion de 1 femme pour 14 hommes.

Par contre, Bertel Bager, cité par Mondor, trouve 1.089 hommes et 406 femmes. Il s'agit là d'écarts extrêmes et l'on en pourrait multiplier les exemples.

Quand nous aurons ajouté à ce fait que la perforation de l'ulcère chez la femme semble beaucoup plus rare que chez l'homme, on comprendra qu'aucune explication réelle n'est possible.

Le problème étiologique de la perforation de l'ulcère est encore bien obscur, et le tabac et l'alcoolisme, s'ils jouent très probablement un rôle favorisant, sont loin de tout expliquer.

III. — Age

Dans nos observations, l'âge était noté 187 fois et réparti de la façon suivante :

au-dessous de 20 ans	6 cas
de 20 à 25 ans	12 cas
de 26 à 30 ans	36 cas
de 31 à 40 ans	54 cas
de 41 à 50 ans	51 cas
de 51 à 60 ans	18 cas
de 61 à 70 ans	6 cas
au-dessus de 70 ans	4 cas

Les cas extrêmes sont représentés par une perforation chez un jeune homme de 17 ans, et l'autre chez un vieillard de 73 ans.

L'examen de ce tableau montre nettement que c'est

surtout entre 30 et 50 ans que s'observe la perforation de l'ulcère.

Ces chiffres sont à peu près ceux que l'on rencontre dans toutes les statistiques. Il y a évidemment des exceptions : Lennart-Noorlin ne cite-t-il pas une statistique suédoise de 518 cas comportant 37 fois une perforation entre 15 et 19 ans, et lui-même n'en rapporte-t-il pas une chez une fillette de 7 ans ?

Chez le tout jeune enfant et le nourrisson, le cas n'est pas exceptionnel : 7 jours (Durante et Ecalles), 8 mois (Finney).

Nous pourrions rappeler des observations plus anciennes réunies dans la thèse de Ch. Gandy et montrant que l'ulcère gastro-duodénal s'observe même chez le nouveau-né : 4 jours (Bourrus et Vaton), 3 jours (von Siebold), 35 heures (Woods), 20 heures (Genrich) !

A l'opposé, Kotzareff a opéré deux vieillards de 84 et 85 ans.

IV. — Causes occasionnelles

Il est indiscutable que la perforation peut se produire à l'occasion de causes extrêmement variables.

Pierre Duval rapportant une observation de Ménègaux qui figure dans nos tableaux, peut réunir 7 cas de traumatismes abdominaux ayant déclenché la perforation. Chaque fois, le diagnostic posé avait été celui de contusion abdominale. Depuis, Guimbellot a pu citer deux observations de Daniel Féry, et une de Magnant.

Indépendamment des difficultés de diagnostic, il existait, dans plusieurs cas, un intervalle libre de une à plusieurs heures, ce qui viendrait à l'appui de l'opinion de Grégoire : non-coïncidence du début anatomique et clinique de la perforation.

Un traumatisme minime peut suffire : l'examen radiologique a même été accusé. Bittrolf, ayant observé 3 cas de perforation en rapport immédiat ou médiat avec ces examens, ne va-t-il pas jusqu'à incriminer le poids spécifique de la baryte !

A l'opposé, Meyer et Brams rapportent 5 cas de perforation survenue pendant le sommeil et Amberger, opérant « à froid », trouve de la baryte dans le ventre alors qu'il n'y avait pas eu de signes dramatiques.

En somme, tous les traumatismes, quelle que soit leur importance, peuvent déclencher le début des accidents ; la simple réplétion gastrique peut suffire (repas, examen radiologique) ; mais, dans bien des cas, il est impossible de trouver une cause occasionnelle quelconque.

V. — Fréquence d'après le siège

L'étude du siège de l'ulcère perforé d'après nos observations confirme ce que nous savions : le maximum de fréquence sur le duodénum et le canal pylorique.

Sur 188 cas mentionnant le siège exact, on trouve :

Pylore et antre	93 cas
Duodéno-pylore	6 cas
Duodénum	64 cas

Corps de l'estomac 4 cas

Petite courbure 19 cas

Face postérieure de l'antra 1 cas

Ajoutons enfin une double perforation sans indication exacte du siège, en plus de ces 188 cas.

La proportion entre les ulcères pyloriques et duodénaux est à peu près celle que donnent Mondor et Lauret, avec 54 pyloriques pour 32 duodénaux. Elle est toujours inférieure à celle des statistiques américaines qui accusent deux ulcus duodénaux pour un gastrique. Dans un travail récent, Williams et Walsh rencontrent même 124 perforations duodénales pour 34 gastriques.

Mais il est juste d'ajouter que dans les cas fréquents où l'antra et le duodénum sont le siège d'un œdème important, la difficulté de situer le pylore rend impossible toute précision de siège : la perforation est dite alors duodéno-pylorique.

Par contre, une constatation nous semble beaucoup plus intéressante : nous voulons parler de la fréquence des perforations sur la petite courbure, indépendamment de nombreuses fois où celles du canal pylorique siégeaient près du bord supérieur. Guth, en 1925, trouve même une proportion égale entre la fréquence sur la petite courbure et sur le duodénum :

Pylore 39 cas

Petite courbure 18 cas

Duodénum. 19 cas

Schwartz, à propos de 12 cas, rencontre 8 fois un ul-

cus de la petite courbure et De Mourgues, dans une statistique récente de l'Hôtel-Dieu de Lyon, remarque également leur fréquence.

Parmi les perforations duodénales, 2 siégeaient à l'angle de la première et de la deuxième portion ; cette localisation semble donc exceptionnelle, bien que Wilmoth sur 11 ulcus duodénaux l'ait rencontrée 2 fois.

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

I. — Les antécédents gastriques

En présence d'un cas de perforation d'ulcère gastro-duodénal, il est bien rare qu'un interrogatoire serré n'arrive pas à déceler, en dehors des cas fréquents où les antécédents gastriques sont nets, des troubles digestifs passagers, plus ou moins lointains, auxquels le malade n'avait attaché aucune importance.

La statistique des médecins d'Edimbourg affirme que ces antécédents existent dans 90 % des cas.

103 de nos observations mentionnaient cette recherche. Nous les avons classées de la façon suivante :

Antécédents très nets	65 cas
(Durant de plusieurs années à quelques mois, avec crises douloureuses typiques)	
Antécédents très nets, mais récents.	10 cas
(Depuis 1 mois au maximum)	
Antécédents vagues ou peu nets	14 cas
Aucun antécédent	14 cas

La recherche d'antécédents plus ou moins nets s'est donc montrée positive dans un peu moins de 90 % des cas. Ce sont les chiffres actuellement admis.

Des statistiques donnant des chiffres moindres portent sur trop peu de cas pour infirmer cette règle :

Wolff estime à 25 % l'absence de tout antécédent et Hilton à un peu moins de 20 %.

Nous n'avons pu relever des antécédents éthyliques que 3 fois : nous voilà loin de certaines opinions qui admettent leur fréquence dans 79 % des cas.

La poussée évolutive de l'ulcère est fréquemment notée revêtant presque toujours un tableau clinique identique. Dans plusieurs cas, même, il semble qu'il y ait perforation à la fin d'une crise douloureuse ayant duré de quelques jours à quelques semaines, alors qu'aucun antécédent plus ancien ne permettait d'affirmer l'existence de l'ulcère.

Cette constatation de la reprise du processus de l'ulcère a été notée 17 fois sur 103 observations : il s'agissait toujours de douleurs aiguës, quotidiennes, depuis 15 jours à 2 jours, et rendant toute alimentation impossible. Ces douleurs ne cédaient pas à la diète que s'était imposée le malade, mais, toujours, la perforation est apparue en s'accompagnant d'une telle acuité des symptômes que le diagnostic en était facile.

Cet état de « perforation menaçante », comme l'appelle Ryser, a été signalé par beaucoup d'auteurs : Ponck, sur 24 perforations, a pu noter 16 fois une poussée évolutive récente.

On comprend facilement qu'au cours de telles crises l'examen radiologique puisse surprendre la perforation à l'occasion du traumatisme même minime qu'il comporte. Cette observation de Lang est démon-

trative : un homme de 65 ans, en « crise gastrique » intense depuis 15 jours, est examiné sous l'écran. Brusquement, on voit la baryte sortir de l'estomac et l'intervention montre une perforation.

La notion importante de cet « état préperforatif » mérite-t-elle plus qu'une simple mention et faut-il conclure, avec Ryser, que, lorsque le traitement médical sévère reste sans influence sur les douleurs intolérables et typiques, il faut opérer avant la perforation évidente ? De Amesti analysant 21 cas arrive aux mêmes conclusions.

Toujours est-il que la fréquence des antécédents gastriques plus ou moins nets est la règle, son absence l'exception. La recherche systématique, par l'interrogatoire, d'une recrudescence des douleurs dans les jours qui précèdent l'accident dramatique montre que cet état préperforatif est loin d'être exceptionnel.

II. — La douleur

De tous les signes qui permettent de poser le diagnostic de l'ulcère perforé, la douleur est le principal et le plus constant. Dieulafoy le premier a décrit sa soudaineté et sa brutalité sous le nom imagé de « coup de poignard péritonéal », son intensité dépasse celle de tous les autres syndromes abdominaux aigus.

Son début est tellement soudain que les malades que nous interroignons à leur arrivée à l'hôpital nous donnaient souvent, sans que nous l'ayons demandé,

l'heure et la minute exacte du moment où ils l'avaient ressenti.

Ceux que nous avons pu revoir se souviennent encore, plusieurs années après, de la soudaineté atroce du début des accidents. Cela est si vrai qu'il est peu de malades qui acceptent l'intervention qu'on leur propose aussi volontiers.

Voici quelques exemples qui illustrent bien ces faits :

Le malade de Cochin (observation 116, groupe 1) que nous vîmes arriver au milieu de la nuit avait été réveillé par une douleur si intense que, sans prendre la peine d'appeler son médecin, il était venu directement à l'hôpital. Il réclamait de lui-même « une opération immédiatement » pour le soulager.

Un malade de Boucicaut (observation 22, groupe 3) était en train de parler dans une cour de l'hôpital, lorsque, brusquement, ses camarades le virent changer de couleur, en accusant une douleur atroce au creux épigastrique. L'examen clinique, fait aussitôt, conclut à une perforation d'ulcère confirmée par l'intervention.

Une observation de Vaugirard est aussi curieuse (observation 8, groupe 1). Un homme de 37 ans entre avec le diagnostic probable d'ulcus gastrique pour subir des examens. Le 12 juin 1923, étant couché, il est pris d'une douleur atroce qui fait poser immédiatement le diagnostic de perforation et l'opération est faite moins d'une heure après le début.

La majorité des observations note l'intensité et la

soudaineté de cette douleur, et l'on peut dire qu'elle est, avec la contracture, le signe auprès duquel tous les autres ne sont que secondaires. C'est à elle que la perforation gastrique doit son aspect dramatique, donnant vraiment l'impression d'être « le passage soudain d'une bonne santé apparente à la souffrance aiguë et à la mort » (Brinton).

Les cas où l'intensité de cette douleur est moindre apparaissent comme des exceptions : Un jeune homme de 18 ans (observation 2, groupe 1) entre à l'hôpital de Vaugirard pour des douleurs vagues ayant commencé dans l'après-midi. Les signes sont tellement estompés qu'on porte le diagnostic douteux d'appendicite subaiguë. Le lendemain, devant leur persistance, et parce que le pouls est à 84, on croit à une crise nette : or l'intervention montra un appendice normal et, par contre, une perforation de la face antérieure de l'antré.

Le siège initial de cette douleur est variable. Ce que l'on peut dire, c'est que les malades indiquent nettement la région sus-ombilicale ; mais il est difficile de savoir si le maximum est exactement sur la ligne médiane ou un peu à droite. Deux fois seulement, le malade indiquait formellement l'hypocondre droit, et, dans les deux cas, la perforation était duodénale. Remarquons d'ailleurs que, dans la majorité des observations où l'intervention porta d'abord sur la fosse iliaque droite, il s'agissait d'ulcus duodénal. Nous verrons plus loin la fréquence de cette erreur.

Les irradiations douloureuses ne semblent pas aus-

si nettes que le veulent certaines statistiques étrangères : pour EHlecker il existe, dans 90 % des cas, une douleur du moignon de l'épaule, et Graham Bryce aurait plusieurs fois confirmé un diagnostic hésitant d'après ce seul symptôme. Pour Stohr, la douleur scapulaire droite « est aussi intense que la douleur gastrique ».

III. — La contracture

Avec la notion des antécédents gastriques et la douleur à début brutal, la contracture est le troisième élément capital du tableau clinique.

Sa fréquence est telle que la majorité des comptes rendus la mentionne comme étant extrêmement nette. Mondor, sur 12 malades, l'a rencontrée 12 fois, et chacun des cas qu'il nous a été donné d'observer s'accompagnait du « ventre de bois » classique.

Elle semble apparaître en même temps que la douleur de la perforation et siéger initialement au point douloureux maximum : les observations faites dès le début des accidents sont très nettes sur ce point. (Obs. 116, groupe 1 — Obs. 8, groupe 1 — Obs. 2, groupe 1).

Il est difficile de noter sa progression, mais le schéma de Witt Stetten paraît confirmé : pour lui, la contracture apparaît d'abord dans l'hypocondre droit puis gagne dans l'ordre : la fosse iliaque droite, l'hypocondre gauche, enfin la fosse iliaque gauche. Plusieurs fois, il existait « un maximum sus-ombilical très net, le reste de l'abdomen présentant simplement un état de défense ».

Son maximum de netteté à droite associé à la douleur semble surtout fréquent en cas de perforation duodénale.

Il est curieux de constater également que la contracture n'était pas évidente lorsque la douleur était estompée.

Il est inutile d'insister sur la disparition progressive de cette contracture au moment où se constitue le ballonnement annonçant la péritonite vraie qui succède au « péritonisme initial ».

L'explication de cette contracture semble difficile à donner avec certitude. Le liquide gastrique irritant le péritoine est-il le seul responsable ? Cela paraît improbable, et deux observations sont particulièrement démonstratives à ce sujet (Obs. 5 et 6 du groupe II). Dans les deux cas, le tableau clinique était très net, avec un « ventre de bois » ; or, il existait bien une perforation, mais pas de liquide péritonéal. Sans doute, les gaz sont-ils capables d'irriter le péritoine, et expliquent-ils le début sus-ombilical de la contracture même lorsqu'il n'y a pas de liquide. Il est plus vraisemblable d'admettre que cette contracture est un véritable réflexe de défense tendant à éviter les déplacements viscéraux pour diminuer l'acuité de la douleur.

IV. — Les symptômes secondaires

Sans énumérer tous les signes de moindre importance relevés dans différentes observations, il semble

utile de faire ici quelques remarques à propos de ceux qui sont les plus intéressants.

Les vomissements.

On connaît la rareté classique des vomissements au cours de la péritonite par ulcère perforé, et le contraste entre ce syndrome d'irritation péritonéale et leur absence n'est certainement pas une des choses les moins curieuses de ce tableau clinique.

Huit fois seulement, nous les trouvons mentionnés. Ce chiffre est certainement au-dessous de la vérité; plusieurs comptes rendus étant incomplets, mais des statistiques détaillées comme celle de Judine notent leur présence dans 17 % seulement des cas et celle de Metzger dans un tiers des cas.

Mais si l'absence des vomissements constitue sans aucun doute un argument en faveur de la perforation, il ne faut pas écarter l'idée de celle-ci parce qu'ils existent : Le malade de l'obs. 115 (groupe I) fut examiné avant la fin de la deuxième heure ; il avait déjà eu 4 vomissements et l'intervention montra bien une perforation. Un autre malade opéré à la cinquième heure avait eu « de nombreux vomissements ». Mondor les a rencontrés 7 fois sur 12 cas.

On a voulu comparer leur fréquence dans les ulcus duodénaux et dans les ulcères gastriques. Sur les 8 cas que nous rapportons 5 fois il s'agissait d'un ulcus duodénal et 3 fois d'un ulcus de l'antre; cela confirmerait donc le principe habituellement admis de leur plus grande présence dans l'ulcus duodénal, sans

qu'aucune explication valable puisse en être fournie.

Le shock.

Il est habituel de décrire au syndrome clinique de perforation gastrique une première phase dite de shock. En réalité, la présence de ce symptôme semble assez rare, et il ne faut pas confondre le facies angoissé du malade, en proie à une douleur très violente, avec le tableau du shock véritable : pâleur extrême, pouls petit à peine perceptible, extrémités refroidies, abaissement considérable de la tension artérielle.

Or, ce syndrome n'est noté que 5 fois, ce qui confirmerait l'opinion de Judine qui le croit extrêmement rare.

Il est difficile de faire de sa présence une cause de gravité. Les 5 malades observés furent opérés dans des délais variant de une heure à huit heures; il y eut 3 décès, mais il faut remarquer que chez deux des opérés ayant ainsi succombé, le liquide péritonéal cultivé se montra septique.

Il est pourtant probable que cet état de shock assombrit le pronostic, témoin l'observation de ce malade qui, entré à froid pour une intervention, fait sa perforation dans le service et meurt moins de 24 heures après une opération, des plus simples, faite à la fin de la première heure.

L'infection péritonéale ne saurait être admise

dans le cas particulier et le shock paraît bien responsable.

Il est fréquent de noter une élévation thermique; nous verrons plus loin sa valeur exacte pour les cas de perforation duodénale.

La sonorité préhépatique.

Traduisant l'existence de gaz dans l'espace sous-diaphragmatique, la sonorité préhépatique est le plus spécifique de tous les signes cliniques de la perforation gastrique en péritoine libre.

On a récemment insisté sur sa valeur et la façon de la rechercher. On sait qu'elle apparaît quelques heures après le début des accidents et est surtout décelable le malade étant couché sur le côté gauche, ou encore en position légèrement assise, comme le conseille Soupault.

16 comptes rendus mentionnent sa recherche. Si nous exceptons 3 cas dans lesquels la péritonite était déjà nette, nous constatons que ce signe fut trouvé :

Positif 6 cas

Négatif 7 cas

Cette proportion est très inférieure à celle que donnent d'autres statistiques : Promptowa trouve cette sonorité 41 fois sur 52 cas, Soupault 21 fois sur 21, Lauret la constate dans 62 % des cas et Deaver trouve le même pourcentage.

Cependant, si sa présence coïncidant avec un ventre contracturé est d'une importance incontestable, on ne peut tirer aucun argument de son absence. Yves Bour-

de ne la rencontre que 7 fois sur 13 et Wilmoth la trouve très inconstante.

Sans vouloir insister davantage, nous pouvons dire que lorsque le diagnostic positif de péritonite est posé, la présence de la sonorité préhépatique signe l'existence d'une perforation. Mais ce serait une faute grave d'attendre son apparition pour porter un diagnostic et décider d'une intervention.

Sa traduction clinique est souvent difficile, certains skodismes pouvant en imposer pour de la matité; son apparition tardive et son inconstance expliquent que ce symptôme doive rester au rang des signes secondaires.

V. — L'examen radiologique

Le seul signe de certitude permettant d'affirmer l'épanchement gazeux intra-péritonéal est donné par la radiologie.

Avant de décrire les résultats et les avantages de cette méthode, nous voudrions dire quelques mots de la technique utilisée dans le service de notre Maître Pierre Duval.

Technique.

Toute préparation du malade est inutile, et surtout on ne doit sous aucun prétexte recourir à une ingestion barytée pour des raisons faciles à comprendre.

Le malade est d'abord examiné couché sur le dos; l'écran peut être orienté de deux façons: soit dans

le plan frontal, les gaz peuvent apparaître alors entre le foie et le diaphragme, — soit dans un plan transversal, les gaz dessinant un espace clair entre le foie et la paroi abdominale. Kudleck préfère cette seconde méthode et appelle l'image qu'elle donne *pneumopéritoneum antehepaticum*.

Si cette position peut suffire pour donner un résultat positif au bout de plusieurs heures, deux autres procédés donnent une réponse beaucoup plus précoce.

Profitant de l'avantage que donne la table basculante, le malade est mis très lentement en position oblique sans atteindre la station verticale : A un certain moment, on voit nettement une image claire se dessiner sous la coupole diaphragmatique.

Enfin, une méthode est encore plus fidèle; elle consiste à faire l'examen radioscopique, le malade étant en décubitus latéral gauche : la bande opaque du diaphragme apparaît alors entre deux zones claires, dont l'inférieure traduit la présence du gaz au-dessus du foie détaché de la paroi costale. Cette position aurait même pour Vaughan et Singer l'avantage de faciliter l'issue des gaz et leur collection, tout en s'opposant à l'échappement des liquides.

Bien entendu, avant de conclure à un examen négatif, on aura dû utiliser ces différentes manœuvres, les gaz pouvant n'apparaître que dans une position déterminée. Il est superflu d'ajouter que le malade sera déplacé avec précautions, en passant progressivement d'une attitude à l'autre.

Les clichés qui suivent montrent mieux qu'un long



FIG. 1. — Cliché D^r Porcher

Station verticale. — Surélévation de la coupole diaphragmatique droite.
— Croissant gazeux sous-phrénique droit extrêmement net. — Le dôme hépatique émerge d'un niveau liquide.



FIG. 2. — Cliché D^r Porcher

Station verticale. — Le couple diaphanographique droite apparaît uniformément détachée du foie par une bande de gaz horizontale.

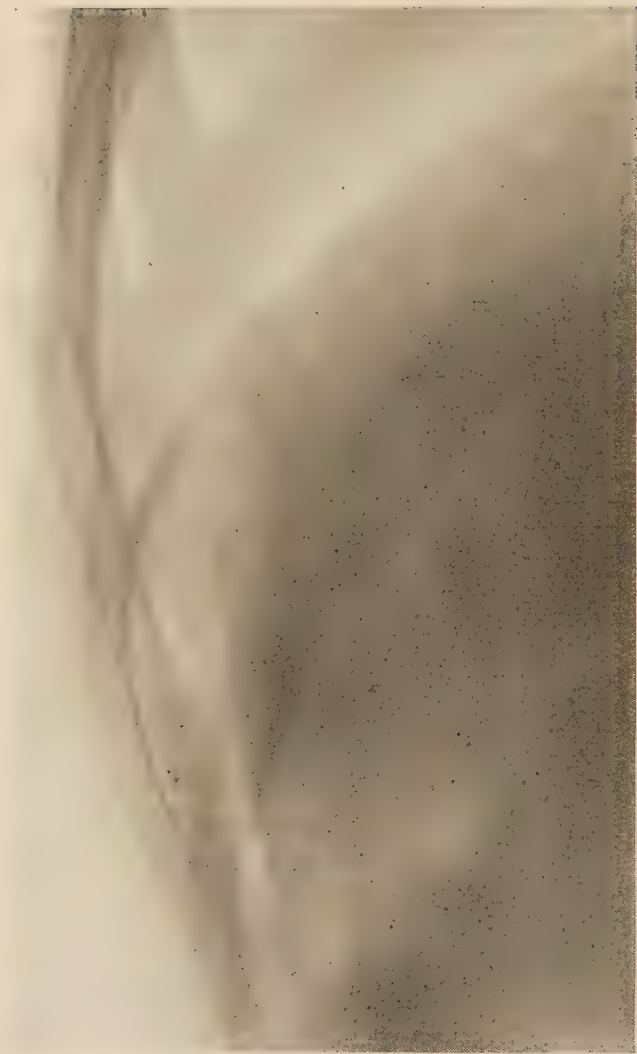


FIG. 3. — Cliché D^r Porcher

Décubitus latéral gauche. — Le foie est détaché de la paroi thoracique par le gaz. --- La bande sombre du diaphragme est visible entre le gaz intra-péritonéal et le sinus pleural.

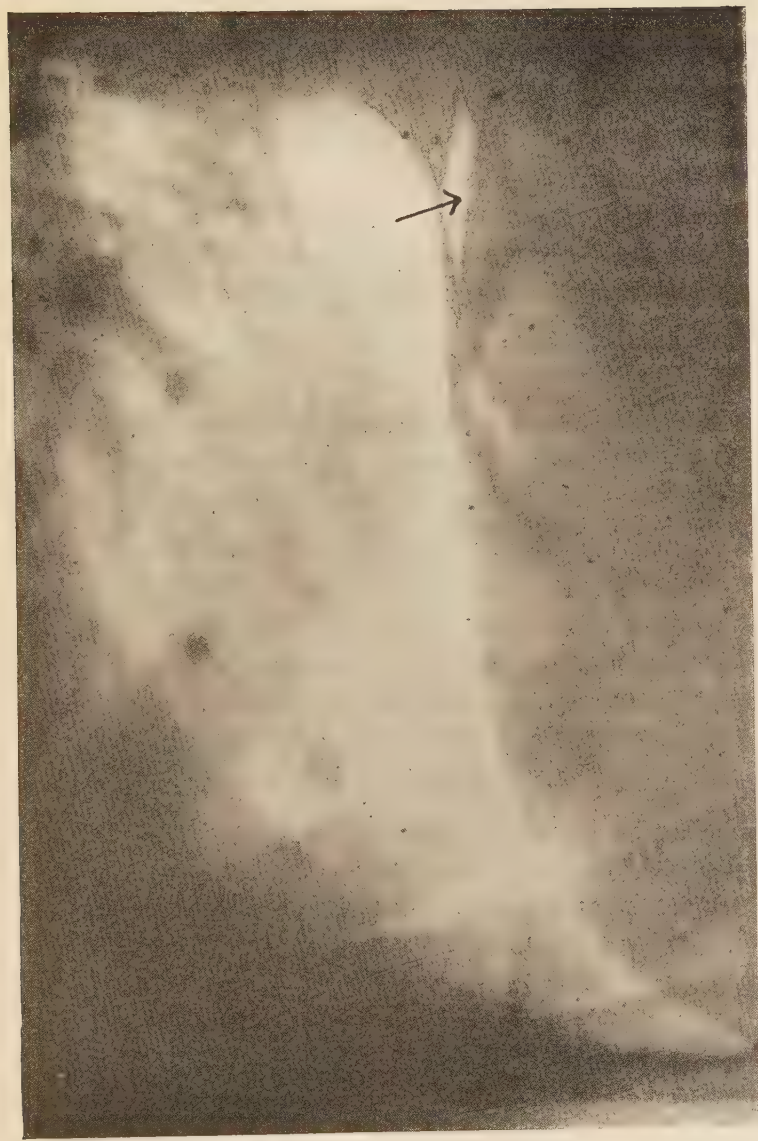


FIG. 4. — Cliché Dr Bécclère

Station verticale. — Il n'existe qu'un léger espace clair triangulaire à base vertébrale sous le tiers interne de la coupole diaphragmatique droite. Le dôme hépatique est perceptible à ce niveau.

L'intervention fut décidée après examen de ce cliché car les signes cliniques étaient incertains.

La flèche indique la situation du gaz.

texte les excellents résultats qu'on peut obtenir. Nous les avons classés en commençant par un cliché de lecture facile et en finissant par un cliché de lecture difficile (1).

Résultats.

L'examen radiologique a été pratiqué 8 fois avant l'opération dans la statistique de l'Hôpital de Vaugirard. Il s'est montré 4 fois nettement positif et 4 fois négatif ou douteux.

Nous pensons que ces résultats sont très inférieurs à ce que donnera désormais l'emploi systématique de la radiologie et plusieurs cas de perforation opérés dans ce même hôpital, depuis janvier 1934, et ne figurant pas dans ce travail, s'étaient accompagnés d'un examen positif.

D'ailleurs, Vaughan et Singer trouvent ce procédé affirmatif dans 54 cas sur 63, soit dans 85,7 % des cas; Finsterbusch et Gross, de Leipzig, 21 fois sur 23; Pfeiffer, 8 fois sur 8 et Küdleck, 20 fois sur 24.

Que penser des cas dans lesquels cet examen se montre négatif ? On peut répondre formellement que lorsque les signes cliniques sont nets, il ne faut pas surseoir à l'intervention parce que l'examen radiologique est négatif; un examen négatif est sans valeur, et le dernier mot doit rester à la clinique.

(1) Les clichés 1 et 3 ont déjà été publiés dans un article de Mondor et Porcher in *Journal de Chirurgie*, tome XLI, n° 1, janvier 1933, p. 20.

Mais si la radiographie venait simplement affirmer la présence de gaz alors que la douleur et la contraction avaient déjà fait poser un diagnostic presque certain, elle serait d'un bien faible secours, et présenterait plus d'intérêt scientifique que pratique.

Comme nous voudrions le montrer, toute sa valeur vient de ce qu'elle permet de conclure à une perforation quand les signes cliniques sont si peu marqués que toute intervention paraît inutile. Voici quelques exemples : le jeune P... entre à l'Hôpital de Vaugirard pour un syndrome douloureux abdominal à début progressif; l'examen clinique montre peu de chose : pas de douleur spontanée précise, pas de contracture. Avant de laisser le malade en observation, on décide de faire une radiographie : elle met en évidence une bandelette arciforme claire au tiers interne de la coupole diaphragmatique droite, avec perception du dôme hépatique. Le diagnostic est alors fermement posé de perforation digestive et l'intervention aussitôt pratiquée confirme l'existence de celle-ci.

Un cas cité par Brown est également probant : un homme de 30 ans, sans passé gastrique, présente un début net de perforation, puis les signes s'estompent. C'est la radiographie qui, en montrant un pneumopéritoine droit, pousse à l'intervention; on trouve une perforation gastrique et le malade guérit.

Donovan, à propos d'un cas personnel, se promet d'avoir recours à cet examen chaque fois que le diagnostic sera hésitant.

Wolfson et Gray ont rencontré 4 cas pour lesquels l'intervention fut décidée sur la lecture des clichés.

Avantages.

Pour nous résumer, nous indiquerons de la façon suivante les avantages de l'examen radiologique préopératoire :

- 1° Aucune préparation spéciale n'est nécessaire;
- 2° Il ne retarde pas l'intervention, et ne demande aucune manipulation difficile;
- 3° Dans les cas douteux, il peut affirmer un diagnostic, et partant il permet de décider une intervention qui, sans lui, risquerait d'être remise ;
- 4° Un examen négatif est sans valeur quand par ailleurs les signes cliniques de perforation sont nets.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

I. — Le diagnostic avec l'appendicite aiguë

Sur 191 interventions, 18 fois on commença par une ouverture de la fosse iliaque droite, en pensant à une appendicite aiguë. Chaque fois, la découverte d'un appendice sain ou peu malade contrastant avec le syndrome clinique, ou encore l'issue de liquide gastrique ou bilieux, fit redresser le diagnostic.

Il est banal, en effet, d'insister sur les difficultés du diagnostic entre la perforation de l'ulcère et l'appendicite aiguë. Toutes les statistiques mentionnent cette erreur dans des proportions souvent plus élevées.

Il est intéressant de constater que sur ces 18 cas il s'agissait :

11 fois d'un ulcus duodénal;

6 fois d'un ulcus pylorique;

1 fois d'un ulcus de la petite courbure.

La perforation duodénale serait donc de toutes les autres celle qui emprunterait le plus souvent le tableau de l'appendicite aiguë. Quelle que soit la raison invoquée : irritation initiale du péritoine de la même région, acidité du liquide épanché qui suit la gouttière colo-pariétale droite, il est certain que ces différents cas s'accompagnaient bien souvent de symptô-

mes rendant le diagnostic très difficile. La douleur spontanée siégeait à droite de la ligne médiane ; la contracture était maxima dans l'hypocondre droit et la fosse iliaque droite. Ajoutons à cela que, dans bien des cas, le début avait été progressif, et que dans une observation il y avait même eu des vomissements répétés (Obs. 59, Groupe I), et l'on comprendra pourquoi l'erreur était difficilement évitable.

Il est curieux aussi de noter que dans tous ces cas la température atteignait ou même dépassait 38°. Le malade de l'observation 26 (Groupe I) avait 39° et un pouls à 140; il s'agissait d'une perforation de la petite courbure; l'opération fut faite à la douzième heure, et le liquide était encore stérile à la culture. On ne saurait donc invoquer une « péritonite vraie » pour expliquer cette élévation thermique.

On a bien essayé de préciser certains symptômes permettant d'éviter la confusion entre perforation appendiculaire et perforation gastrique. Wilmoth conseille de se baser sur le siège exact de la contracture et l'existence d'une fièvre au-dessus de 38°, avec un pouls au-dessus de 90, pour éliminer la perforation gastrique. Il est inutile d'ajouter combien, dans de tels cas, la notion d'antécédents gastriques peut être utile. C'est ici surtout que la constatation clinique, radiographique, de gaz sous-diaphragmatique prendra toute sa valeur, et ce sera là encore le meilleur symptôme différentiel.

II. — Le diagnostic de siège de la perforation ulcéreuse

Le diagnostic de perforation gastro-duodénale posé, peut-on préciser son siège exact avant l'intervention ?

Plusieurs travaux étrangers analysent avec soin différents symptômes. En réalité, cette distinction paraît subtile et d'un intérêt plus théorique que pratique.

Si la notion de fréquence doit faire penser à une perforation pyloro-duodénale, on pourra encore noter en sa faveur le début sous-costal droit de la douleur et le maximum de contracture nettement dans l'hypocondre droit.

La présence d'irradiations douloureuses scapulaires droites est donnée par les auteurs étrangers comme un excellent signe de perforation duodénale. Elle n'est pas mentionnée dans nos observations.

Les douleurs irradiées au plexus brachial gauche permettent deux fois à Judine de penser à une perforation de la petite courbure confirmée à l'opération. Quant aux perforations postérieures, ou juxta-cardiaques s'accompagnant d'emphysème sous-cutané péri-ombilical ou sus-claviculaire, signalées par certains, elles n'ont de valeur que par leur curiosité clinique.

Quoiqu'il en soit un fait se dégage nettement de nos observations : L'heure de l'intervention est souvent la seizième, voire la vingt-quatrième dans les comptes rendus qui précèdent 1925, elle passe ensuite à la

sixième heure ou même à une heure plus précoce, et la mortalité se trouve, de ce fait, considérablement abaissée. Les deux statistiques qui comportent les observations les plus anciennes : celle de Vaugirard et celle du service Dujarier à Boucicaut en témoignent. Plusieurs chirurgiens étrangers font la même constatation : à Bâle, Hotz estime que le moment de l'intervention est passé de la dix-huitième à la huitième heure.

DEUXIÈME PARTIE

RÉSULTATS IMMÉDIATS

MORTALITÉ GLOBALE

L'étude de nos observations montre que la mortalité opératoire a été pour 191 cas de 53 décès, soit 27,7 %.

Ce chiffre peut paraître élevé à première vue, mais il faut considérer, d'une part, que le facteur horaire si important n'entre pas en ligne de compte dans ce pourcentage, et, d'autre part, que nous faisons entrer dans ce total toutes les morts post-opératoires, même si elles sont en relation indirecte avec l'intervention.

C'est d'ailleurs la proportion que donnent les autres statistiques. Judine dont on connaît les excellents résultats avait, sur une série de 76 cas, une mortalité générale de 22,3 %. Il est parvenu à l'abaisser à 16,6 % sur une série suivante de 116 cas, puis enfin à 12 % pour une nouvelle série de 212 cas.

A côté de ces résultats, vraiment excellents, et qui tiennent aussi, il faut le dire, à ce que l'opération a pu être pratiquée plus tôt, nous pourrions citer Gibbon, qui, sur 67 cas, a 26,8 % de mortalité, et Fleming, de Philadelphie, qui, réunissant 994 interventions, relève 236 morts, soit 23,6 %.

La perforation des ulcères gastro-duodénaux comporte encore une mortalité post-opératoire importante, mais nous sommes loin des premières statistiques d'il y a 20 ans : 47 interventions, 36 décès.

MORTALITÉ ET HORAIRE

Si le pourcentage de 27,7 % de mortalité post-opératoire ne présente qu'un intérêt relatif, l'étude comparée du temps écoulé et de la gravité est autrement instructive. La relation étroite qui existe entre ces deux termes est maintenant admise par tous, et les chiffres que nous trouvons ne font que confirmer ce que nous savions.

En nous basant sur 155 observations, mentionnant l'horaire exact du temps écoulé depuis la perforation, nous obtenons :

	MORTALITÉ
De 1 heure à 6 heures.....	77 cas 12,9 %
De 7 heures à 12 heures.....	39 cas 30,7 %
De 13 heures à 24 heures.....	25 cas 36 %
Au delà de 24 heures.....	14 cas 71,4 %

Ces chiffres sont à peu de choses près ceux que donne le Professeur Hartmann :

	MORTALITÉ
De 1 heure à 6 heures	19 %
De 7 heures à 12 heures	16 %
De 13 heures à 24 heures	55 %
Au delà de 24 heures	55,5 %

Recherchant, dans nos observations, s'il y avait une gravité plus grande pour les ulcères duodénaux, nous avons trouvé :

		MORTALITÉ
Ulcères gastriques 97 cas	De 1 heure à 6 heures	9,3 % (43 cas)
	Après la 6 ^e heure....	51,8 % (54 cas)
Ulcères duodénaux 56 cas	De 1 heure à 6 heures	18,1 % (33 cas)
	Après la 6 ^e heure....	17,3 % (23 cas)

Löhr analysant 132 cas donne des résultats à peu près semblables :

		MORTALITÉ
Ulcères gastriques	De 1 heure à 6 heures	12 %
	De 6 heur. à 12 heures	20 %
	De 12 heur. à 24 heures	53 %
Ulcères duodénaux	De 1 heure à 6 heures	4 %
	Après 6 heures	100 %

Dans les mêmes délais, la perforation duodénale paraît donc plus grave que la perforation gastrique. Nous en verrons les raisons chimiques et bactériologiques.

MORTALITÉ ET CONDUITE OPÉRATOIRE

Le rapport entre la mortalité et les différents procédés opératoires est le chapitre le plus intéressant, au cours de l'étude des résultats immédiats des interventions pour ulcères perforés.

Nous trouvons :

1° SUTURE SIMPLE (117 cas) MORTALITÉ

De 1 heure à 6 heures	56 cas	10,7 %	(6 décès)
De 7 heures à 12 heures	29 cas	27,5 %	(8 décès)
De 13 heures à 24 heures	18 cas	50 %	(9 décès)
Au delà de 24 heures . . .	14 cas	78,5 %	(11 décès)

2° SUTURE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE (36 cas)

De 1 heure à 6 heures	17 cas	11,7 %	(2 décès)
De 7 heures à 12 heures	11 cas	36,3 %	(4 décès)
De 13 heures à 24 heures	7 cas	28,5 %	(2 décès)

3° GASTRECTOMIE D'EMBLÉE (10 cas)

20 % (2 décès)

Toutes ces gastrectomies furent faites dans les 6 premières heures sauf 2 : l'une pratiquée à la huitième heure, l'autre pour laquelle l'heure n'est pas notée.

Parmi les 8 cas de guérisons post-opératoires, il y eut

une mort secondaire quelques mois après, et, une fois, apparition de troubles psychiques qui n'ont pas disparu depuis.

Nous avons dressé le tableau suivant, qui mentionne l'âge du malade et le procédé de résection; comme on peut le remarquer, le procédé de beaucoup le plus utilisé fut le Billroth II; notons en outre que 3 malades ayant 50 ans et plus guérissent, alors que le plus jeune, 18 ans, meurt d'occlusion.

AGE DU MALADE	TEMPS ÉCOULÉ		PROCÉDÉ	RÉSULTATS
	AVANT L'OPÉRATION			
24	4 heures		Billroth II	Guérison.
29	6 »		Finsterer	Guérison.
26	3 »		Billroth II	Guérison.
50	6 »		Péan	Guérison.
52	? »		Billroth II	Guérison.
40	8 »		Billroth II	Guérison.
33	5 »		Billroth II	Décédé (péritonite).
27	6 »		Billroth II	Guérison.
18	6 »		Billroth II	Décédé (occlusion).
53	6 »		Finsterer	Guérison.

Cette question du choix du procédé opératoire a suscité, depuis la guerre, de multiples discussions. L'examen de nombreuses statistiques montre qu'elles apportent souvent des résultats contradictoires.

On compare fréquemment les résultats obtenus avec différents procédés, sans tenir compte du temps écoulé avant l'opération et de l'état général du malade.

Or, et il est inutile d'insister sur ce point, si le pronostic est fonction de la précocité de l'intervention, il est aussi fonction, pour un horaire semblable, de l'âge et de la résistance du malade. Tel malade supportera facilement une résection après la douzième heure, alors que tel autre, d'état général médiocre, succombera pour la même intervention faite plus tôt; Judine perd 2 opérés de résection pour ulcus perforés faite, l'une à la deuxième, l'autre à la cinquième heure. Aucune faute technique ne pouvant être incriminée, il explique l'issue fatale, soit par l'infection péritonéale, prouvée les deux fois par le laboratoire, soit parce que ces deux malades présentaient, bien qu'âgées respectivement de 42 et de 47 ans, « une vieillesse précoce, qui ne correspondait pas à leur âge », et cet aspect l'avait frappé avant l'opération.

Sans vouloir entrer en détail dans la discussion, nous ferons simplement quelques remarques basées sur nos constatations.

1°. — Après un délai de 12 heures, la majorité des chirurgiens se prononce pour l'opération minima. Les facteurs : temps, état d'infection péritonéale, et état général, commandent cette attitude. Ce sont d'ailleurs les conclusions auxquelles arrive Roger Leroy, dans sa thèse, en 1931.

2°. — Dans les 12 premières heures, on a donc le choix entre 3 procédés : Suture seule, suture associée à une gastro-entérostomie, enfin gastrectomie d'emblée.

La gastro-entérostomie associée à la suture n'aggrave pas le pronostic; notre statistique vient confirmer ce principe.

A Lyon, où elle est systématiquement pratiquée, la mortalité n'est pas plus élevée. Mais en dehors de ses résultats à distance dont nous reparlerons, a-t-elle une utilité immédiate ? La plupart des opérateurs la réservent aux seuls cas où une suture d'ulcus paraît avoir rétréci le calibre pylorique. Cette éventualité semble exceptionnelle. Stewart et Barber vont même plus loin; ils n'admettent pas la possibilité de la sténose du pylore provoquée par la suture. A la suite d'expériences sur le chien, ils sont parvenus à prouver que si cette sténose existe au début, elle disparaît spontanément le quatrième ou cinquième jour; or, à ce stade, la réparation microscopique de la perforation est déjà faite.

Une seule de nos observations (Obs. 1, Groupe III) relate l'apparition, après la suture, de vomissements qui ne cédèrent qu'à une anastomose. Mais le cas n'est pas typique : il s'agissait d'un ulcus calleux de l'antrum, suturé et enfoui, qui donna lieu, 13 jours après, à une hématomésc, en même temps qu'apparaissaient des vomissements. On décida de faire une résection; mais il existait une telle péritonite plastique que toute pyloréctomie fut impossible. On dut se contenter d'une gastro-entérostomie. On ne peut pas davantage mettre les vomissements sur le compte d'une sténose pylorique que sur celui d'une évolution de l'ulcus, se traduisant aussi par une hématomésc.

Contentons-nous de noter que la gastro-entérostomie n'augmente pas la mortalité post-opératoire. Elle semble être très rarement utile immédiatement, et l'étude de ses résultats éloignés explique qu'elle ait perdu pour d'autres raisons du terrain dans la chirurgie gastrique « à chaud » comme elle en avait perdu « à froid ».

3°. — Il reste donc le choix entre la suture, ou la résection gastrique.

La mortalité de 20 % donnée par les résections que nous rapportons ne repose pas sur des chiffres suffisants pour permettre d'établir une ligne de conduite, et, d'ailleurs, cette proportion de 2 décès pour 10 résections est plus élevée que celle de 14 décès pour 85 sutures, pratiquées dans un horaire allant jusqu'à la douzième heure, alors que la résection la plus tardive fut faite à la huitième heure. En outre, ces résections ne comprennent que des bons cas, alors que la suture fut faite dans des conditions très inégales tenant à l'âge et au terrain.

Sans doute, il est des statistiques comme celle de Judine qui, portant sur 212 cas, avec 12 % de mortalité, constituent un argument de poids en faveur de ce procédé, et l'étude détaillée de ses observations montre qu'il ne réserve pas la résection aux seuls bons cas : plusieurs sont faites après la dix-huitième heure.

Kunz sur 54 résections d'emblée peut apporter les résultats suivants :

	MORTALITÉ
De 1 heure à 6 heures (24 cas)	0
De 7 heures à 12 heures (14 cas)	1
De 13 heures à 18 heures	2

Ce qui donne le chiffre vraiment excellent de 7,4 % de mortalité.

Nous pourrions d'ailleurs donner d'autres exemples : Hoche et Marangos font 21 résections d'emblée avec 33 % de mortalité, et concluent à un chiffre inférieur à 9 % quand cette intervention est pratiquée dans les douze premières heures.

Mais, à côté de cela, Selvaggi, tout en choisissant ses cas, a 33 % de mortalité; Echuiter, dans les mêmes conditions, 23,5 %, et Mühsam, 18 %.

Or, qu'il faille le regretter ou non, nous ne trouvons pas en France de statistique portant sur un nombre de cas suffisant pour pouvoir être comparés à ces résultats.

Faut-il, en opposant les statistiques, opposer deux méthodes : suture, ou résection ? Nous pensons qu'ériger en principe l'une ou l'autre serait une erreur. Les conditions dans lesquelles on intervient, les qualités de l'opérateur et un trop grand nombre d'autres facteurs, entrent en ligne de compte pour une part importante et empêchent de se rallier à une formule unique.

Se prononcer pour la résection, c'est admettre que sa gravité n'est pas supérieure à celle de l'opération minima : Or malgré les chiffres excellents des sta-

tistiques étrangères que nous rapportons, le nombre total de gastrectomies faites en France ne permet pas encore de conclure dans ce sens.

Il faudrait admettre également que la suture donne constamment de mauvais résultats, et l'étude des malades revus à distance nous paraît le seul critérium valable pour juger de la question.

En réalité, dans les 12 premières heures, et à conditions égales, la suture et la résection ont chacune leurs indications. C'est sur l'aspect des lésions qu'il faut se décider pour l'une ou pour l'autre :

— La gastrectomie a des indications absolues, chaque fois que la dimension de la perforation rend la suture impossible. Cadenat, Leriche, Boppe, en ont rapporté des observations; elle est alors une nécessité.

— Elle constitue le traitement logique, justifié par l'étude des résultats éloignés, des perforations multiples, ou à bords indurés avec œdème gastrique.

— Mais, dans tous les cas d'ulcères à bords souples, — et ce sont encore les plus nombreux, — la suture réalise à peu de frais le traitement définitif, à condition de faire suivre, pendant quelque temps, au malade, un traitement médical.

AUTRES FACTEURS DONT DÉPEND LE PRONOSTIC IMMÉDIAT

I. — L'âge

La mortalité croît avec l'âge, mais ce principe n'est pas absolu, et deux malades de même âge peuvent présenter une résistance très différente, en raison de leur état général. Il est inutile d'insister sur ce point.

II. — L'état bactériologique du liquide péritonéal

La recherche de cette bactériologie, faite dans 23 cas à l'Hôpital de Vaugirard, nous a permis, en tenant compte de l'heure et du drainage, d'établir le tableau suivant :

TEMPS ÉCOULÉ AVANT L'OPÉRATION	ÉTAT BACTÉRIOLOGIQUE DU LIQUIDE PÉRITONÉAL	DRAINAGE	RÉSULTATS
32 heures	Culture négative	avec	Guérison
15 »	Streptocoque et entérocoque	sans	Décès
8 »	Cult. négative, mais 5 jours après streptoc. et entéroco.	avec	Décès
18 »	Diplobacilles à Gram + Ba- cilles d'Hoffman probables	avec	Guérison
1 »	Culture négative	avec	Décès
8 »	Streptocoque	avec	Décès
5 »	Streptoc. la culture (ni viri- dens, ni hémolytique)	avec	Guérison
10 »	Culture négative	avec	Guérison
4 »	Streptoc. et entéroco.	avec	Guérison
4 »	Streptocoque	avec	Décès
5 h. 1/2	Culture négative	avec	Décès
2 h. 1/2	Culture négative	avec	Guérison
3 heures	Culture négative	avec	Guérison
20 »	Culture négative	sans	Guérison
12 »	Culture négative	avec	Guérison
6 »	Culture négative	avec	Guérison
6 »	Culture négative	avec	Guérison
5 »	Culture négative	avec	Guérison
4 »	Streptoc. hémolytique	avec	Décès
4 »	Culture négative	sans	Guérison
7 »	Culture négative	avec	Guérison
2 »	Culture négative	sans	Guérison
18 »	Culture négative	avec	Décès (Broncho- pneum.)

Comme on le voit, le liquide péritonéal ne reste pas stérile pendant un nombre d'heures déterminé, et son état bactériologique commande, pour une part importante, le pronostic : 15 cas à culture négative donnent 3 décès, dont un de broncho-pneumonie, tandis que 8 cas à culture positive en donnent 5.

Ces variations peuvent s'expliquer de différentes manières :

1°. — Par l'état d'amicrobisme, ou au contraire d'infection de l'ulcère, cette infection étant fréquente, comme l'a établi notre Maître Pierre Duval;

2°. — Par l'acidité variable des liquides épanchés. Pour Prader, les micro-organismes ont leur virulence atténuée par l'acidité du tube gastrique et ne proliféreraient que lorsque le milieu péritonéal, après la perforation, a recouvré une réaction alcaline. Pour lui, la constatation d'une réaction acide est d'un bon pronostic, et c'est la même raison qui expliquerait la gravité plus grande des ulcères duodénaux.

3°. — Enfin, pour Grégoire, l'erreur tiendrait à une impossibilité d'apprécier exactement l'horaire de la perforation.

D'autre part, le pronostic dépend encore de la nature et de la virulence microbienne, et Charles Clavel et Jean Clavel, à propos de 13 examens, concluent à la plus grande gravité du colibacille et du streptocoque. Les résultats que nous rapportons confirment cette opinion, en même temps qu'ils montrent la fréquence du streptocoque, quelle que soit son espèce.

III. — Le drainage

Le tableau qui précède nous permet quelques constatations à propos du drainage : Sur 8 cas où la culture fut positive, il y eut 5 décès, et parmi ceux-ci, 4 étaient drainés.

Lorsque le liquide est septique, le drainage apparaît donc impuissant à sauver le malade. En réalité, il a surtout un rôle mécanique, en permettant l'évacuation du liquide épanché, quand il est trop abondant.

Mais, ce drainage n'est pas sans danger : un de nos malades est mort d'occlusion par bride épiploïque secondaire au drainage du Douglas. Récemment, Patel et Desjacques, Ameline et Folliasson, ont rapporté plusieurs cas d'accidents du même ordre et s'élèvent comme Mondor contre « ce long tube qui a la prétention de drainer ».

Néanmoins, quand le liquide est en grande abondance, le drainage présente plus d'avantages que d'inconvénients, à condition de faire de l'aspiration par le tube et de le supprimer très tôt, dès le surlendemain.

Signalons une pratique qui semble intéressante : Certains chirurgiens étrangers utilisent l'aspirateur électrique pour assécher le péritoine et peuvent ainsi fermer sans drainage.

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES ET DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous ne ferons que citer rapidement les plus fréquentes des complications.

Le shock.

C'est sans aucun doute lui qu'il faut incriminer, dans certains cas. Nous avons cité l'observation du malade de Vaugirard opéré à la première heure et mort le lendemain.

La péritonite.

C'est la cause principale de la mort, après perforation d'ulcus. Fleming, analysant différentes complications, pense qu'elle est responsable de 65 % des décès.

Les complications pulmonaires.

Sur 191 malades, il y eut 11 fois apparition de complications pulmonaires, et celles-ci sont responsables de 10 % environ de la mortalité, c'est-à-dire qu'elles viennent au second rang, aussitôt après la péritonite.

Elles revêtent toutes les formes cliniques, et un de

nos malades a même succombé à une bronchite capillaire.

Les éventrations.

3 fois, il y eut éventration totale, ayant nécessité une réintervention, et 2 fois le malade succomba.

Autres complications.

A part un cas de fistule colique du transverse, il n'est survenu aucune fistule gastrique ou duodénale.

Un syndrome de compression cérébrale fut très probablement dû à un abcès métastatique. (Obs. 22, Groupe I).

Nous avons dit ce qu'il fallait penser d'un cas d'occlusion après drainage du Douglas.

Deux malades de 67 et 72 ans, ont succombé à un syndrome d'azotémie aiguë, et un malade de 63 ans a dû subir une cystostomie pour rétention d'urine.

La fréquence et la gravité de certaines de ces complications nous amènent à formuler quelques déductions thérapeutiques.

Dès le diagnostic posé et l'intervention décidée, le shock sera utilement combattu, outre le traitement habituel, par une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine : la respiration profonde du malade devient possible, ce qui transforme l'anesthésie générale, si on y a recours, et facilite les manœuvres opératoires.

On utilisera, chaque fois que la chose est possible, l'anesthésie locale : diminuant la fréquence des complications pulmonaires, elle rend possible, avec un shock opératoire minime, une intervention plus longue que la simple suture, quand il le faut.

On préférera à tous les procédés de fermeture pariétale, la suture en un plan, qui joint à l'avantage de sa rapidité, celui d'une plus grande solidité, tout en évitant les espaces morts, sièges toujours possibles de suppuration et, partant, de désunion.

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Notre étude sur les résultats éloignés des interventions d'urgence pour ulcères perforés porte sur 73 observations, c'est-à-dire qu'un peu plus de la moitié seulement des malades opérés a pu être retrouvée.

Un interrogatoire, un examen clinique et, quand cela a été possible, un examen radiologique, nous ont permis d'établir le classement suivant : 36 bons résultats pour 37 mauvais résultats.

Parmi les bons résultats, nous rangeons les malades n'ayant jamais souffert depuis l'opération d'urgence, cette guérison se maintenant dans un délai allant de 1 à 8 ans.

Parmi les mauvais résultats, nous rangeons les malades ayant présenté des troubles divers, après un temps variable. Sur 37 malades, 22 ont dû être réopérés.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET CONDUITE OPÉRATOIRE

I. — Exposé global

D'après la conduite opératoire, la qualité des résultats éloignés a été la suivante :

BONS RÉSULTATS

Suture simple de l'ulcère (avec ou sans excision)	55 cas	46,2 %
Suture avec gastro-entérosto-		
Gastrectomie d'emblée	14 cas	57,1 %
mie associée	2 cas	2 bons
Tamponnement de la perfora-		
tion	2 cas	2 mauvais

Partant de ce tableau, nous allons discuter de la valeur respective de chacun des procédés opératoires : nous verrons que si la résection donne sans conteste, à distance, de meilleurs résultats, elle n'est pas toujours utile, l'opération minima étant suffisante dans bien des cas.

Un certain nombre de facteurs cliniques et anatomo-pathologiques permettent, quand on se trouve dans les meilleures conditions, de réaliser, avec le maximum de chance, l'opération d'emblée nécessaire et suffisante.

II. — La suture simple

Les guérisons.

La seule suture de la perforation fut pratiquée, bien que par des opérateurs différents, suivant une technique à peu près identique : Suture bord à bord ou après excision, quand les bords étaient calleux, puis enfouissement séro-séreux, enfin, dans la majorité des cas, épiploplastie de sécurité. On s'est même plusieurs fois contenté d'une suture en un plan avec épiploplastie.

Quoi qu'il en soit, cette technique a suffi 25 fois sur 54, donnant ainsi 46,2 % de guérisons stables.

La plus ancienne remonte à 8 ans (Obs. 1, Groupe II) : une jeune femme de 17 ans est opérée à la 32^e heure par le Docteur Gatellier. Il existe une perforation à 3 centimètres du cardia, à cheval sur la petite courbure et la face postérieure de l'estomac, rendant nécessaire un effondrement du petit épiploon. Depuis l'intervention d'urgence, la malade n'a jamais souffert.

Dans ces guérisons figurent même plusieurs malades qui ont absolument négligé de suivre un régime. Ces cas heureux confirmeraient l'hypothèse des auteurs américains, dont W. Mayo, pour lesquels l'ulcère arrivé au stade de perforation serait un ulcère mort.

Toutes les statistiques des chirurgiens utilisant plusieurs procédés signalent des guérisons définitives par

la suture simple : Guthrie, sur 33 malades revus, n'a que 3 fois un résultat médiocre, Bullock, 3 fois sur 33 ; Southam soutient que dans 90 % des cas une réintervention est inutile. Farr a 21 guérisons définitives sur 24 cas, Engelsing a 70 % de bons résultats. A côté de ces chiffres extrêmes, Brütt a 47 % de malades guéris et White et Patterson estiment que ce pourcentage atteint 60 %.

Les échecs.

Faut-il donc, devant d'aussi bons résultats, conclure définitivement à la supériorité de la suture ? Malheureusement non, et à l'opposé des chiffres que nous rapportons, nous pourrions citer Morville de Copenhague qui, sur 44 suturés, n'a que 8 guérisons, Williams et Walsh qui ont dû réopérer 53 sur 98 de leurs malades, et enfin Zukschwerdt et Eck qui ne croient pas que ce procédé puisse donner plus de 31 % de guérisons définitives.

C'est également ce que viennent confirmer nos observations : sur 29 malades ayant recommencé à avoir des troubles, 21 ont dû être réopérés.

Les constatations cliniques, radiologiques et parfois les comptes rendus opératoires nous ont permis, pour 25 d'entre eux, d'étudier de plus près les raisons de ces échecs.

1° APPARITION D'UNE NOUVELLE COMPLICATION.

La reprise des troubles peut se faire brutalement par l'apparition d'une complication.

C'est ainsi que nous citerons l'observation suivante : une femme de 45 ans est opérée d'urgence, le 28 février 1922, de perforation d'un ulcus de l'antré à bords calleux. On fait un simple enfouissement. 13 jours après, hématomèse, en même temps qu'apparaissent des vomissements.

A côté de l'hémorragie, il est classique de citer des perforations itératives. Les recherches bibliographiques permettent de retrouver les cas de Baudet, Chifoliau, Delagénère et, plus récemment, Borszeky. Ce dernier réopère un malade qu'il avait lui-même guéri 2 ans plus tôt d'une perforation voisine.

2° PÉRIGASTRITE.

Presque toutes les réinterventions pour ancien ulcère perforé, sont rendues difficiles, au début, par un premier temps de dégagement et de libération de la région de l'ulcus. Mais si cette péritonite plastique fréquente est simplement surajoutée à d'autres troubles qui rendent nécessaire une nouvelle opération, dans certains cas, au contraire, elle domine le tableau clinique. Il s'agit alors d'une véritable sténose péri-gastrique.

En voici deux observations :

1° Une femme de 27 ans, à passé gastrique net depuis 9 ans, est opérée d'une perforation pylorique antérieure. On pratique une plicature. Les suites sont tout d'abord normales, puis, au bout de 3 mois, réapparition des douleurs, d'une manière continue, avec amaigrissement. Plusieurs mois de traitement

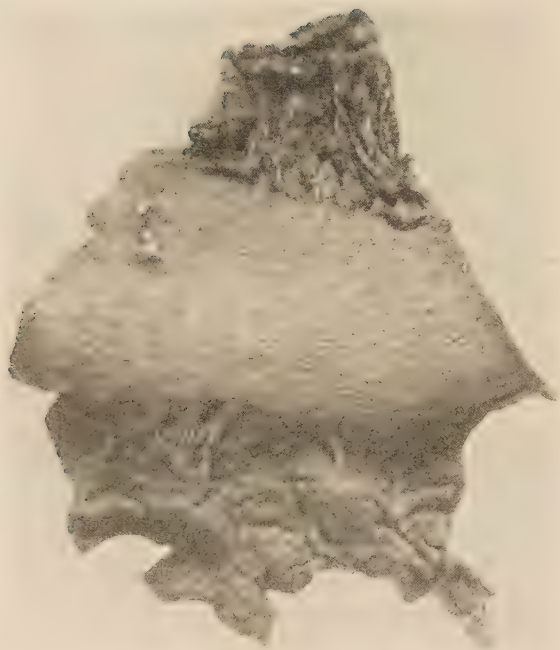


FIG. 5. — Observation 14. Groupe III

Aspect de la pièce réséquée (Gandy). L'estomac n'est pas encore ouvert. On voit très nettement le fil de lin sur la face antérieure de l'antré. La région antrale adhère intimement à la paroi et il existait une véritable sténose périgastrique.



FIG. 6. — Observation 14. Groupe III

L'estomac a été ouvert le long de la petite courbure et sa face antérieure est rabattue en bas. L'aspect lisse et cicatriciel de la paroi antérieure du canal pylorique, siège de l'ancien ulcère, contraste avec la paroi postérieure qui a conservé son aspect normal.

- a) Petite courbure rabattue en bas.
- b) Paroi antérieure de l'antrum pylorique, siège ancien de l'ulcère.
- c) Paroi postérieure de l'antrum pylorique.

médical ayant échoué, notre Maître Pierre Duval réintervient alors et est frappé par l'importance du bloc cicatriciel de toute la région antrale qui fait véritablement corps avec la paroi. Une gastro-entérostomie est établie. Cette malade n'a plus jamais souffert depuis.

2° Nous opérons, le 14 mars 1933, un homme de 36 ans présentant une perforation lenticulaire de la face antérieure de l'antré. Nous nous contentons d'une simple suture. Le malade semble guéri pendant plusieurs mois, quand, peu à peu, des signes cliniques de sténose apparaissent, cette sténose étant contrôlée radioscopiquement. En décembre 1933, une crise douloureuse grave amène de nouveau ce malade à Lariboisière. Nous pratiquons, dans le service de notre Maître M. Cadéat, une réintervention. Dès l'ouverture du péritoine, nous constatons qu'il existe une véritable symphyse cicatricielle de la région antrale avec la paroi, symphyse expliquant la rigidité de cette zone et la fixité de la douleur. Après libération de ce bloc fibreux, on termine par une gastrectomie large à la Polya.

L'examen de la pièce que nous reproduisons (fig. 5 et 6) montre bien qu'il n'existe plus trace d'ulcère, mais toute la zone antrale est envahie par du tissu cicatriciel. L'examen histologique montre que la muqueuse n'était le siège que d'une gastrite minime.

Sans doute, un processus de périgastrite aussi intense est rare. Salinger et Hertz, examinant à l'écran 18 malades opérés par la technique de Neumann (manchette épiploïque), constatent que bien des déformations morphologiques ne s'accompagnent pas de troubles graves. Il est certain qu'il y a souvent adaptation fonctionnelle de l'estomac, rendant inutile toute réintervention.

3° ULCÉRO-CANCER.

On admet que la fréquence absolue de cette lésion est d'environ 20 à 40 % des cas d'ulcères. Notre Maître Pierre Duval, se basant sur l'examen histo-pathologique, arrive au chiffre de 11 % ; nous n'avons eu, dans aucun cas, la preuve opératoire de l'ulcéro-cancer à propos des malades dont nous parlons. De Mourgues, dans sa thèse, estime sa fréquence à 3 % après la perforation de l'ulcère.

Un de nos malades présentait 6 mois après la suite des signes de sténose pylorique contrôlés radiologiquement. Ce malade fut perdu de vue, mais nous avons pu compléter son observation : il présenta une altération progressive de l'état général et des vomissements qui aboutirent lentement à la mort. Peut-être ce cas est-il celui d'un ulcéro-cancer ?

Quoiqu'il en soit, pour le clinicien, le diagnostic entre sténose pylorique par ulcéro-cancer ou par péri-gastrite peut être difficile.

4° REPRISE DU PROCESSUS ULCÉREUX.

Mais, de toutes les causes expliquant la réapparition des troubles, la reprise du processus ulcéreux est la plus fréquente.

Elle peut revêtir des tableaux divers :

l'ulcère initial reprend son évolution ;

un autre ulcère apparaît ;

il y a gastrite sans ulcère.

Sur 29 malades ayant présenté des troubles divers,



FIG. 7. — Observation 16. Groupe III

Aspect de la pièce réséquée (Prof. Agrégé Cadenat). Sur cette face péritonéale on ne voit qu'une frange épiploïque masquant en partie les fils d'entoulement.

FIG. 8. — Observation 16. Groupe III

Même pièce que celle représentée fig. 7, mais face muqueuse. L'ulcère a continué à évoluer.

18 fois ces tableaux cliniques furent réalisés à divers degrés. Voici quelques observations :

a) *Ulcère initial en nouvelle évolution.*

Un homme de 33 ans, à passé ulcéreux typique, est opéré d'urgence, en septembre 1931, d'une perforation de l'antre. Disparition complète des douleurs, pendant plusieurs mois, puis reprise de crises aiguës semblables à celles qui ont précédé la perforation. Ce malade entre de nouveau à l'Hôpital où notre Maître M. Cadenat pratique une gastrectomie.

Nous reproduisons le dessin de la pièce enlevée (fig. 7 et 8). Comme on le voit, seuls les fils d'enfouissement sont encore visibles, face séreuse, mais la pièce ouverte montre l'ulcère initial en pleine évolution.

Voici ce que montre l'examen histologique dû à l'obligeance du Professeur agrégé Macaigne, et du Docteur Nicaud :

Large ulcération très étendue, ayant détruit la muqueuse sur une vaste surface, en mettant à nu la sous-muqueuse. La réaction inflammatoire qui infiltre celle-ci présente déjà, çà et là, des signes d'organisation ; elle s'étend profondément jusqu'à la musculuse. La muqueuse voisine présente des lésions très diffuses glandulaires, avec dégénérescence mucoïde fréquente et hyperplasie légère et interstitielle du type inflammatoire, s'étendant également jusqu'à la sous-muqueuse. En résumé, gastrite importante et ulcère encore en pleine évolution.

b) *Apparition d'un nouvel ulcère.*

18 de nos malades ont présenté des troubles à type ulcéreux plus ou moins nets. Sur ce nombre, 13 fois, le diagnostic de reprise du premier ulcère ou d'apparition d'un nouvel ulcère fut posé.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que, dans la région antrale, peuvent apparaître de nouveaux ulcères, même après guérison histologique parfaite du premier.

Roger Leroy cite le cas d'un malade auquel Wilmoth dut secondairement faire une gastrectomie : l'examen de la pièce montra que l'ulcère initial était guéri ; seuls, les fils d'enfouissement venaient témoigner de son existence, mais il y avait un second ulcère. C'est là un fait banal et bien des résections à froid pour un ulcus diagnostiqué amènent la découverte d'un autre qui avait passé inaperçu.

c) *Gastrite sans ulcère.*

A côté de l'ulcère lui-même, stade ultime d'un processus de nécrose hémorragique (Ch. Gandy) avec ou sans gastrite aiguë, primitive pour les uns, secondaire pour les autres, comment ne pas admettre que, dans bien des cas, l'état inflammatoire continu de toute la muqueuse antrale suffise à expliquer la persistance des douleurs ?

Plusieurs observations viennent confirmer ce fait et nous pourrions dire comme Roberto Sole : « l'ulcéreux est un malade chez lequel existent des lésions graves de la moitié pylorique de l'estomac et de la première portion du duodénum, et chez lequel la moi-

tié supérieure de l'estomac est saine ». Quelle que soit la pathogénie invoquée, ce fait est une constatation clinique et histologique.

Macroscopiquement, il y a épaissement des tuniques gastriques avec œdème de l'antré, et la présence de ganglions, surtout au niveau du territoire coronaire, semble assez constante. L'ouverture de l'estomac réséqué montre peu de chose : l'ulcus initial que l'on croyait responsable n'est même plus visible, et les plis de la muqueuse gastrique sont à peine plus marqués que normalement.

C'est l'examen histologique qui fournit la preuve de la gastrite expliquant qu'une large résection de la zone malade soit la seule méthode capable de donner de bons résultats.

Les trois examens histologiques qui suivent ont été faits sur des pièces réséquées par gastrectomie secondaire.

1° Mr. B..., Hôpital Boucicaut, n° 99-59.

L'examen macroscopique très attentif de cet estomac ne montre aucune trace d'ulcère. Les coupes pratiquées montrent une légère atteinte de la muqueuse et, par places, des lésions nettes de gastrite interstitielle.

2° Mr. D..., Hôpital Boucicaut, n° 10.648.

La portion de l'estomac prélevée au niveau de l'ancienne ulcération permet de reconnaître, tout d'abord, dans la couche péritonéale, les fils d'enfouissement qui ont déterminé autour d'eux des réactions inflammatoires assez vives. La muqueuse, dans cette région, est riche en glandes de Brünner; ces glandes sont saines, leur goulot est légèrement irrité. Il

est possible de découvrir, dans un espace peu étendu, les traces de l'ancien ulcère; à ce niveau, la muqueuse est détruite, ainsi qu'une certaine épaisseur des couches musculuses qui laissent une surface occupée par une couche épaisse de leucocytes, surtout mononucléés, et un léger enduit fibrinoïde. Dans les régions opposées à l'ulcère, la muqueuse gastrique est normalement constituée.

3° Mr. S..., Hôpital de Vaugirard, n° 1.601.

Muqueuse gastrique extrêmement atrophiée ainsi d'ailleurs que la musculuse. Hyperplasie intense des filets nerveux qui présentent, en outre, une infiltration interstitielle des plus prononcée. Réaction folliculaire intense dans la muqueuse, avec érosions punctiformes en préparation à certains niveaux. Inflammation interstitielle au niveau du collet ainsi que des culs-de-sacs extrêmement intense.

III. — La gastro-entérostomie associée à la suture

Devant l'incertitude des résultats à distance, donnés par la simple suture, on conçoit aisément qu'on ait proposé de la compléter par un autre procédé. Que vaut la gastro-entérostomie associée à la suture ?

Nous ne reviendrons pas sur son utilité immédiate. Il semble qu'elle ait exceptionnellement à remplir le rôle pour lequel certains l'établissent d'emblée : la sténose pylorique après suture semble très rare.

Nous discuterons ici de son utilité pour améliorer les résultats éloignés.

Sur 14 malades, ayant subi une gastro-entérostomie complémentaire, en même temps que la suture de la perforation, 8 sont guéris, et 6 continuent à souffrir. Le pourcentage de guérisons est donc de 57,1 %, c'est-à-dire à peine supérieur aux résultats de la suture seule.

Si nous mettons à part celle de Schwartz, qui trouve pour 100 malades traités par ce procédé 88 % de bons résultats, la majorité des statistiques donne un chiffre aux environs de 60 %.

Les guérisons.

a) STÉNOSE PYLORIQUE ET PÉRIGASTRITE.

Il est incontestable que dans certains cas, la gastro-entérostomie peut donner de bons résultats.

Elle peut suffire, dans la sténose pylorique, due à la périgastrite, et les réinterventions, au cours des-

quelles on dut se contenter d'une gastro-entérostomie devant l'importance du processus cicatriciel péri-antral, ont amené des guérisons définitives. Une de nos observations le prouve.

Pourtant, il existe des cas rebelles, tel cet exemple de Guilleminet et Latreille : un homme, ayant subi pour perforation une suture complétée par une gastro-entérostomie, présente de nouveau des troubles graves ; l'anastomose avait été faite aux boutons et l'on s'aperçoit à la réintervention que sa lumière n'admet plus qu'un crayon. On fait une nouvelle anastomose au fil cette fois-ci ; après une amélioration passagère, une nouvelle sténose de la bouche s'est établie depuis.

Par conséquent, la gastro-entérostomie avec une bouche large n'est pas toujours suffisante en cas de périgastrite intense. A plus forte raison, faite aux boutons, elle semble inutile, indépendamment des difficultés techniques qu'elle présente sur un estomac oedématié comme le remarque Wilmoth.

b) GASTRITE.

La gastrite légère peut parfaitement disparaître après établissement d'une gastro-entérostomie. En permettant une évacuation rapide, celle-ci met l'estomac dans les meilleures conditions possibles pour assurer sa cicatrisation.

D'ailleurs, et même en cas de gastrite, on est en droit de se demander, devant les bons résultats de la gastro-entérostomie combinée avec un long traitement

médical sévère, quel est le vrai responsable du succès : l'intervention ou le traitement médical.

Les échecs.

En effet, dès que la gastrite est un peu marquée ou que l'ulcère initial ne se cicatrise pas rapidement, la gastro-entérostomie établie s'avère comme une intervention devenue inutile et insuffisante.

Les échecs multiples expliquent que la gastrectomie supprimant du même coup l'ulcus et la muqueuse malade apparaisse comme le traitement de choix dans l'ignorance où nous sommes encore de la pathogénie de la « maladie ulcéreuse ».

a) APPARITION D'UNE NOUVELLE COMPLICATION.

La littérature contient de nombreux cas de perforation itérative d'ulcus après gastro-entérostomie : Boppe, Picot en ont vus, et Wilmoth perd, de perforation duodénale postérieure, un malade auquel il avait fait 32 jours plus tôt la suture d'un ulcus duodénal antérieur complétée par une gastro-entérostomie. Scollo cite un cas identique, un an presque jour pour jour, après une première intervention d'urgence. Holman, Moiroud, rapportent des cas semblables après une rémission apparente de plusieurs années.

b) REPRISE DU PROCESSUS ULCÉREUX.

Mais c'est surtout la reprise du processus ulcéreux même, sans complication brutale, qui grève d'un grand nombre d'échecs les résultats éloignés de la gastro-entérostomie associée à la suture.

Schwartz reconnaît que dans 3,2 % il y a eu réci-

dive de l'ulcus ; Scollo, sur 13 cas, note 3 reprises de l'ulcère ; Lewishon, sur 33 malades, en trouve 13 qui ont de nouveau des crises douloureuses typiques.

Nous ajouterons l'observation suivante due à notre Maître M. Soupault :

Un homme de 45 ans est opéré, en juillet 1930, d'une perforation pylorique antérieure pour laquelle on fait une suture avec gastro-entérostomie. Pendant 5 mois, ce malade ne ressent plus aucun trouble. Puis, des crises douloureuses typiques réapparaissent. Le traitement médical restant impuissant et une hématomérose s'étant produite, une gastrectomie est alors décidée. Elle montre une guérison parfaite de l'ulcère initial, mais fait découvrir un deuxième ulcus perforé dans le pancréas.

Nous donnons la photographie de la pièce opératoire (voir fig. 9) et l'examen histologique de cette observation :

Les coupes pratiquées au niveau de l'ulcère perforé dans le pancréas montrent ses bords occupés par une couche assez épaisse de tissu nécrobiotique. Les couches musculaires, sectionnées aux pourtours de cet ulcère, sont profondément infiltrées et parfois détruites par un tissu conjonctif néo-formé, irritées sur de grandes profondeurs, et infiltrées de nombreux mononucléaires. Cette gangue conjonctive de défense est très épaisse au niveau du péritoine ; elle englobe en certains points de nombreux filets nerveux. La muqueuse gastrique, dans les régions de l'ulcère, est, en de nombreux points, infiltrée par des lésions inflammatoires subaigües, déterminant une gastrite interstitielle riche en éléments mononucléés ; ces leucocytes constituent des amas refoulant et sectionnant parfois des tubes glandulaires.

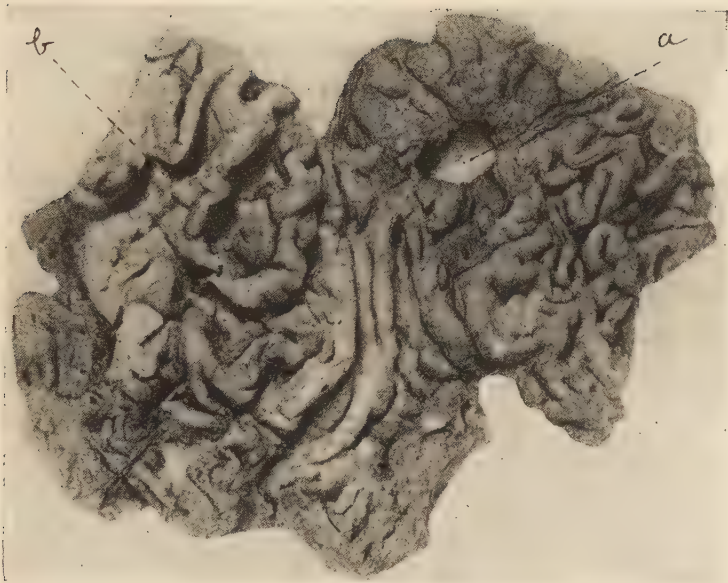


FIG. 9. — Observation 27. Groupe III

Aspect de la pièce réséquée (Docteur Soupault). L'estomac est ouvert. L'ulcère initial est cicatrisé, mais il existe un second ulcère perforé dans le pancréas.

a) L'ulcère perforé dans le pancréas.

b) Canal pylorique où siégeait l'ulcère initial cicatrisé.

Un ganglion examiné se montre chroniquement irrité ; dans le tissu cellulo-adipeux qui l'entoure, on trouve une artère assez volumineuse atteinte d'endartérite chronique oblitérante. La lumière du vaisseau est très réduite. Plusieurs filets nerveux qui accompagnent cette artère sont infiltrés d'œdème.

En résumé, ulcère suraigu perforant, ayant déterminé dans les tissus périphériques des réactions inflammatoires subaiguës assez accusées.

Inconvénients dus à la gastro-entérostomie même.

Indépendamment de ces échecs, la gastro-entérostomie perd encore de sa valeur par suite de la possibilité de complications qui lui sont propres.

a) ULCUS PEPTIQUE.

S'il est incontestable que l'anastomose en Y, la gastro-entérostomie précolique avec jéjuno-jéjunostomie, y prédisposent particulièrement, la technique couramment utilisée n'en met pas à l'abri : Ridder doit réopérer 2 malades sur 10 pour cette raison, et si Schwartz ne croit pas la fréquence de cette complication supérieure à 8,8 %, Henle la rend responsable des troubles dans 27 % des cas. Lardennois, envisageant la gastro-entérostomie en général, estime la fréquence de l'ulcus péptique entre 3 et 5 %.

b) DIFFICULTÉ DES RÉINTERVENTIONS.

Enfin lorsqu'une résection devient nécessaire, la gastro-entérostomie établie primitivement complique beaucoup l'opération.

L'existence d'une anse courte, le tissu cicatriciel qui entoure la bouche au niveau de la brèche mésocolique, créent des difficultés opératoires aggravant d'autant le pronostic des réinterventions.

IV. — Le tamponnement

Il est inutile d'insister longuement sur les résultats éloignés que donne le tamponnement.

Il est d'emploi exceptionnel — 2 fois sur 191 cas --- et constitue un moyen de fortune, lorsque la suture qui serait le seul procédé indiqué chez un malade opéré tard, n'est pas possible par suite de la dimension de la brèche à obturer ou de la friabilité de ses bords sur une grande distance.

Il a été utilisé, au cours d'une intervention que nous rapportons, un tamponnement à la Mickulicz : cette pratique, même dans les cas où toute suture est impossible, nous semble nettement à rejeter. Il est toujours possible de faire une épiploplastie, avec le petit ou le grand épiploon coiffant la perforation, et de compléter par une mèche de sécurité.

Le Mickulicz, lui, ne peut avoir que des inconvénients ; nous connaissons même, consécutivement à son emploi, un cas de dilatation aiguë de l'estomac : les mèches, placées dans le sac, avaient été tassées sur la région pylorique, créant un obstacle absolu au transit.

Moyen de fortune utilisé dans un but immédiat, il n'est pas surprenant que le tamponnement ne donne à distance que des résultats médiocres.

En voici deux observations :

Nous devons la première à notre Maître Pierre Duval : une femme de 59 ans, à antécédents gastriques

anciens, est opérée à la vingtième heure d'une perforation ; il existe une perte de substance à la partie haute de la petite courbure, représentant le fond d'un énorme ulcus calleux. Toute suture est impossible. On place une mèche sur la brèche stomacale et on pratique une exclusion par suture du péritoine pariétal à l'estomac. Malgré la gravité de l'intervention, la malade guérit. Mais des douleurs apparaissent et la radioscopie vient confirmer, au bout de six mois, l'existence d'une biloculation gastrique. Depuis cinq ans, il y a eu amélioration progressive et toute intervention a été inutile.

Ce sont donc, dans le cas particulier, des troubles d'ordre mécanique qui ont dominé le tableau clinique, et le résultat éloigné est en somme satisfaisant.

Il n'en est pas toujours de même, témoin cette seconde observation du service du Professeur Lenormant, qui nous a été communiquée par le Docteur Wilmoth :

Un homme de 32 ans, sans passé gastrique net, présente des signes de péritonite : à l'opération, on constate qu'il existe une perforation large de 4 centimètres sur un énorme ulcus calleux. Tous les points d'enfouissement coupent et on doit se contenter d'un simple tamponnement au-dessus d'une épiploplastie.

Deux mois plus tard, une gastrectomie est pratiquée qui montre la guérison parfaite de l'ulcus, mais une persistance de la gastrite contrôlée histologiquement.

Cette observation vient à l'appui de ce que nous

disions. La guérison anatomique de l'ulcus n'équivaut pas à une disparition des douleurs, et la gastrite initiale apparaît bien comme la maladie causale qu'il faut traiter.

V. — La gastrectomie d'emblée

Sur 8 malades ayant subi d'emblée une résection gastrique, nous n'avons pu malheureusement en retrouver que 2 : tous deux sont parfaitement guéris, l'un depuis 4 ans, l'autre depuis 2 ans 1/2.

Si nous comparons ces résultats avec ceux de statistiques importantes, il est indéniable qu'à distance, de tous les procédés, la résection donne les meilleurs résultats.

Rapant revoit 17 malades pour lesquels on fit une gastrectomie primitive : tous sont guéris cliniquement et radiologiquement. Ridder, sur 57 cas, a 82,4 % de guérisons définitives ; 6 de ses malades ont des troubles, mais ils présentent des signes nets d'intoxication éthylique ; 4 seulement présentent une récurrence d'ulcère.

Ce sont là d'excellents résultats qui dépassent de beaucoup le pourcentage des guérisons données par les autres procédés.

On a fait de nombreux reproches à la gastrectomie, et surtout on l'a accusée de ne pas mettre à l'abri des récurrences d'ulcères.

Il est certain qu'« avant d'accuser la gastrectomie de permettre la récurrence d'ulcère », il faut « savoir exactement dans quelles conditions elle a été pratiquée » (Pierre Duval).

La résection de l'antrum est insuffisante de l'avis de Finsterer qui conseille d'enlever les 2/3 de l'estomac, c'est-à-dire presque jusqu'à l'arrivée de la coronaire sur la petite courbure.

La guérison éloignée est d'autant plus probable que la résection a été plus étendue. Une résection large supprimant toute la portion à sécrétion acide apparaît comme le procédé le plus sûr, et l'étude détaillée de gastrectomies présentées comme des échecs montre dans bien des cas qu'on procéda à des résections trop étroites. La recherche du chimisme décèle alors presque constamment une hyperacidité persistante.

Faut-il conclure que la gastrectomie, à condition d'être faite largement, ne donne que des succès ? Hélas ! non, et les meilleures statistiques comportent encore des échecs. Bien que leur pourcentage se soit abaissé dans de notables proportions, on ne peut dire qu'une chose : dans l'état actuel de notre connaissance de l'ulcère, la résection large est de tous les procédés celui qui permet le plus souvent d'assurer une guérison durable.

ANTÉCÉDENTS GASTRIQUES ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Certains auteurs pensent qu'il existe une relation entre l'ancienneté des antécédents gastriques et la reprise des troubles après la guérison de la perforation.

Etudiant ce rapport chez 42 malades nous avons fait les constatations suivantes :

1° Guérisons définitives : 21 cas.

Aucun antécédent	1 cas
Antécédents très récents (1 mois au maximum)	4 cas
Antécédents nets et anciens (au maximum depuis 3 ans)	16 cas

2° Mauvais résultats éloignés : 21 cas.

Aucun antécédent	1 cas
Antécédents très récents	3 cas
Antécédents nets et anciens (de 1 an à 12 ans)	17 cas

Ce rapport entre les antécédents gastriques et la persistance des troubles après perforation existe donc nettement.

Il est logique d'admettre que la gastrite à laquelle est dû l'ulcus, continue son évolution même après disparition de celui-ci, surtout si son intensité ou son ancienneté sont marquées.

Chabrut arrive aux mêmes conclusions et en déduit que la thérapeutique d'urgence doit être plus complète lorsque les antécédents sont anciens que lorsqu'ils sont récents.

RELATION
ENTRE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
DE L'ULCÈRE PERFORÉ
ET LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

I. — Siège

Cherchant les relations qui pouvaient exister entre le siège de la perforation et les résultats à distance, nous avons trouvé :

Ulcères gastriques :

pyloriques	33 cas	14 guérisons
petite courbure . . .	9 cas	5 guérisons

Ulcères duodénaux . . 27 cas 15 guérisons

Le pronostic semble donc un peu moins bon pour l'ulcus gastrique, surtout pylorique, que pour l'ulcus duodénal. Williams et Wash arrivent aux mêmes conclusions.

Parmi les ulcus gastriques, l'ulcus de la petite courbure donne le plus grand pourcentage de guérisons définitives : 80 % pour de Mourgues, tandis que les pyloro-duodénaux ne donneraient que 60 %.

II. — Aspect de la perforation

Peut-on sur le seul aspect de la perforation décider du choix de l'intervention ?

Brenner, il y a quelque temps, constatait que la suture simple, pour les ulcères « à bords mous », suffisait à assurer la guérison définitive, tandis qu'elle donnait presque toujours des échecs quand il s'agissait d'ulcus calleux.

Tout récemment, à la Société Nationale de Chirurgie, Duboucher, à propos de 8 cas, distinguait des ulcères gastro-duodénaux simples, à bords souples, faciles à suturer, et des ulcères qu'il mettait sur le compte d'une véritable gastro-duodénite dont ils ne seraient qu'une complication. Il fait jouer à l'infection le rôle principal.

Cette constatation opératoire vient confirmer les importants travaux de notre Maître Pierre Duval. Elle est un argument de plus en faveur de la résection gastrique primitive ou secondaire : l'ulcère à bords œdématisés, l'ulcère infecté, n'étant qu'un épisode au cours d'une gastrite aiguë qui ne peut guérir d'elle-même.

Si l'on compare, dans nos observations, l'aspect de la perforation au moment de l'intervention d'urgence et les résultats éloignés, on constate qu'il y a un rapport indiscutable entre ces deux termes.

A) La majorité des guérisons définitives sont survenues chez des malades ayant subi une simple suture de leur perforation : l'ulcère était à bords souples, sans œdème. Un enfouissement, en un ou plusieurs plans, avait été facilement réalisable.

En regard de cette donnée opératoire, nous apportons 3 examens histologiques concernant 3 malades de l'Hôpital de Vaugirard, guéris par la suture et dont on excisa alors l'ulcère.

1° Mme P..., n° 717.

Petit ulcus cupuliforme avec perforation à l'emporte-pièce de 5 millimètres de diamètre. Ulcus classique, avec réaction inflammatoire aiguë et particulièrement prononcée au niveau du fond où la perforation équivaut en quelque sorte à une rupture de petits abcès.

2° M. S..., n° 425.

Petit ulcus calleux banal. Marge de la perforation formée par un tissu scléreux légèrement infiltré de sang et, au niveau même de la perforation, de quelques polynucléaires intacts. Légère nécrose conjonctive au fond. Pas de microbes décelables.

3° M. P..., n° 582.

Fond scléreux très œdématisé. Rupture au niveau du tissu œdématisé remanié par une poussée inflammatoire subaiguë récente. Au voisinage même de la perforation, à peut-être 1/2 millimètre de celle-ci, il y a une artère volumineuse complètement thrombosée. En résumé, perforation mixte inflammatoire et mécanique. Il a été observé un *diplocoque* encapsulé dans une fente du chorion, à distance de la perforation.

Comme on le voit, ces trois examens traduisent l'impression que donne l'aspect de la perforation dans des cas semblables : œdème minime, absence totale, ou presque, d'inflammation gastrique ou duodénale au pourtour de la perte de substance.

B) Les échecs du traitement le plus simple concernent au contraire des cas de large perforation avec tissus indurés à la périphérie et zone cartonnée étendue. Il fallut « prendre » à distance pour suturer, les fils coupant au niveau du pourtour de la perte de substance.

Sans citer ici ces observations, nous nous contenterons de rappeler les 2 cas où un tamponnement fut nécessaire et qui donnèrent à distance 2 mauvais résultats.

Ces différentes constatations basées sur des observations comportent une conclusion logique : les antécédents gastriques, l'aspect de la perforation, permettent de distinguer un peu schématiquement deux sortes d'ulcères ; l'un guérit d'une manière stable par la suture, l'autre ne traduit qu'un épisode au cours d'une gastrite inflammatoire. La gastrectomie immédiate ou secondaire est alors la seule méthode opératoire capable de donner de bons résultats.

OBSERVATIONS

Ce travail groupe 191 observations réunissant les statistiques suivantes :

SERVICE PIERRE DUVAL (Hôpital de Vaugirard) 67 cas
de 1921 à 1934.

SERVICE TOUPET (Hospice de Bicêtre) 11 cas
de 1930 à 1934.

SERVICE CADENAT (Hôpital Saint-Louis puis
Lariboisière) 17 cas
de 1929 à 1934.

SERVICE LABEY (Hôpital Boucicaut) 10 cas
de 1932 à 1934.

SERVICE DUJARIER (Hôpital Boucicaut) 32 cas
de 1921 à 1931.

SERVICE CHEVRIER (Hôpital de la Pitié) 40 cas
de 1926 à 1934.

Nous y avons ajouté :

9 cas dus au Docteur Desplas ;

1 cas dû au Docteur Labey ;

1 cas dû au Docteur Wilmoth, recueilli dans le ser-
vice du Professeur Lenormant ;

1 cas du Docteur Leibovici ;

Enfin, 2 observations personnelles venant du ser-
vice du Professeur Mathieu.

*
**

Il nous a semblé préférable de présenter ces 191 observations résumées sous forme de tableaux.

Nous les avons divisées en 3 groupes, pour la commodité de leur lecture.

— Le premier groupe comprend 119 observations dont nous n'avons pas les résultats éloignés, qu'il y ait eu décès post-opératoire ou impossibilité de retrouver le malade.

— Le second comprend les observations de 36 malades demeurés guéris après l'intervention d'urgence depuis 1 an au minimum.

— Le troisième est celui de 37 malades revus à distance et ayant continué à souffrir.

Ces 3 séries d'observations permettent de faire rapidement des constatations intéressantes, en particulier certaines comparaisons dans une même série.

Beaucoup de nos observations sont malheureusement incomplètes ; il nous est arrivé de trouver des comptes rendus opératoires ne mentionnant ni l'heure de la perforation, ni son siège... Nous les rapportons quand même, estimant que de leur groupement est fait leur intérêt.

GROUPE I

**OBSERVATIONS DONT IL N'EXISTE PAS
DE RÉSUTATS ELOIGNÉS**

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'Opération d'urgence	Nom	Age Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
1.	Vaugiard. 27 déc. 1921 Dossier N° 256.	M. J.	35 H.	Ant. nets anciens variés	Signe de péritonite généralisée. Ballonnement et tymp. pré-hépatique.	Perforation pylorique antérieure de 1/2 cm. près de la petite courbure, gaz et liquide abondants.	Suture par 3 points et enfouissement.	?	24°	Sus-pubien	D ^r Gatellier	Décédé immédiatement après l'opération.
2.	5 mai 1922. Dossier N° 731.	M. L.	18 H.	Une crise nette 15 j. avant.	Entrée avec des signes douteux d'appendicite aiguë, 37,8. Bords indurés. P. 84. Opéré le lendemain de l'entrée.	Appendice normal. Perforation face antérieure de l'antre punctiforme. Bords indurés. Peu de liquide.	Suture. Enfouissement. Epiploplastie.	Ether.	Impossible à évaluer.	Sus-pubien et sous-hépatique.	D ^r Fey.	Normales.
3.	22 mai 1922. Dossier N° 810.	M. L.	47 H.	?	?	Perforation lenticulaire de l'antre près de la petite courbure. Zone calleuse. Liquide sale. Culture négative.	Réssection des bords Suture en 2 plans et G.E.	?	?	Sus-pubien et sous-hépatique.	D ^r Basset.	Décédé le 2° jour.
4.	22 déc. 1922. Dossier N° 2120.	M. L.	41 H.		Signes de Péritonite nette. Ballonnement.	Perforation large, pylorique, sur une zone calleuse énorme, liquide.	Réssection des bords. Suture en 3 plans et G. E.	Ether.	18°	Sans.	D ^r Gatellier.	Décédé le 3° jour de péritonite probable.
5.	4 janv. 1923. Dossier N° 74.	M. P.	41 H.	Aucun antécédent.	Pas de début brutal. Diagnostic : appendicite étendue, liquide. Culture aigüe, 38°5. positive. P : 104.	Appendice normal. Perforation lenticulaire de l'antre. Zone calleuse peu étendue, liquide. Culture positive.	Excision de l'ulcère. Suture en 3 plans.	Ether.	15°	Sans.	Prof. Duval.	Décédé le 7° jour. péritonite.
6.	24 janv. 1923 Dossier N° 139.	M. C.	35 H.			Perforation duodénale antérieure lenticulaire large zone calleuse, liquide ab : culture négative.	Excision de l'ulcère. Suture 2 plans et G. E.	Ether.	8°	Sous-hépatique.	D ^r Gatellier.	Eventration le 4° j. Réintervention. Mort de delirium tremens le 6° jour. Un prélèvement par le drain le 5° j. montrait un liquide à culture positive.
7.	22 mars 1923 Dossier	M. B.	30 H.			Perforation duodénale, li-	Excision des bords.				D ^r Gatellier.	

de l'Obs.	Date de l'Opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lesions constatées à l'intervention	opérateur	thésie	écoule avant l'opération	Drainage	Opérateur	immédiates
8.	Vaugirard. 12 juin 1923. Dossier N° 1006.	M. D.	37	H.	Antécédents nets, avec crises.	Entré à froid pour une intervention. Etat de shock intense.	Perforation de la petite courbure près du pylore. Liquide : culture négative.	Excision des bords. Suture en 2 plans.	Ether.	1 ^{re}	Sus-pubien.	D ^r Gatellier.	Décédé moins de 24 heures après.
9.	10 juin 1923. Dossier N° 1051.	M. B.	58	H.	Aucun antécédent.	Signes nets mais péritonite 40° et P:150. Sonorité préhépatique.	Perforation duodénale lenticulaire, bords souples, liquide abondant.	Suture en 2 plans. Epiploplastie.	Locale.	24°	Sus-pubien.	D ^r J. Quénu	Décédé le lendemain.
10.	21 oct. 1923. Dos. n° 1840.	M. B.	22	H.		Signes très nets. Shock intense.	Perforation duodénale lenticulaire. Liquide : culture positive.	Excision de l'ulcus. Suture en 2 plans. Epiploplastie.		8°	Sous-hépatique et sus-pubien.	D ^r Gatellier.	Décédé le 7 ^e jour.
11.	5 déc. 1923. Dossier N° 2136.	M. B.	18	H.	Nets depuis 3 mois.	Très nets.	Perforation duodénale lenticulaire. Zone calleuse large, liquide culture positive.	Suture impossible. Excision large, puis suture en 2 plans et épiploplastie.		5°	Sus-pubien.	D ^r J. Quénu.	Normales. Revu 3 mois après excellent état, contrôle radioscopique normal.
12.	26 déc. 1923. Dossier N° 2256.	M. M.	27	H.	Nets depuis 5 ans.	Très nets.	Perforation duodénale lenticulaire. Gros bloc calleux.	Cautérisation des bords. Suture 1 plan. Epiploplastie et G.E.	Ether.	16°.	Sus-pubien.	D ^r Basset.	Bronchite. Revu quelques mois après en excellent état. Décédé dep. de laryngite tuberculeuse.
13.	9 mai 1924. Dossier N° 986	M. H.	63	H.	Aucun antécédent.	Peu nets, 38°2. P : 90.	Perforation pylorique large. Zone calleuse étendue. Liquide : culture négative.	Réséction des bords Suture en 2 plans. Epiploplastie.	Ether.	Impossible à préciser.	Sus-pubien.	D ^r J. Quénu	Décédé le 5 ^e jour de congestion pulmon.
14.	28 janv. 1925 Dossier N° 245.	M. N.	46	H.	Aucun net.	Diag. clinique Appendicite aiguë	Appendice intact. Perforation duodénale. Zone calleuse large.	Triple enfouissement. Epiploplastie.	Ether.	30	Sus-pubien et sous-hépatique.	D ^r Gucaullette.	Décédé le 2 ^e jour de péritonite probable.
15.	1 ^{er} juin 1925. Dossier N° 1307.	M. M	30	H.	Peu nets.	Peu de signes nets.	Perforation duodénale et pancréatite supprimée.	Suture. G.E. avec exclusion du pylore. Drainage de la pancréatite.	Rachi	?		D ^r Richard.	Décédé quelques heures après.
16.	7 juin 1925. Dossier N° 1305.	M. H.	44	H.	Antécédents nets.		Perforation duodénale. Liquide : cult. négative.	Suture en 2 plans.	Rachi	10	Sous-hépatique.	D ^r Oberlin.	Normales. Pas revu depuis.

N° l'Obs.	Hôpital Date de l'Opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécé- dents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anes- thésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
17.	Vaugrard 7 avril 1926 Dos. n° 708	M. W.	54	H.			Perforation haute de la pe- tite courbure. Zone indu- rée. Liquide abondant.	Double enfouissement.		36°	Sus-pubien	D ^r Chastang.	Décédé le 5 ^e jour
18.	7 juillet 1926 Dos. n° 1408	M. T.	41	H.			Perforation pylorique.	Enfouissement par 2 p. en U et G.E.	Ether	3°	Sus-pubien	Prof. P. Duval	Normales. Revu peu de temps apr. en excé- lent état. Contr. rad. normal. Non revu dep.
19.	10 juil. 1926 Dos. n° 1425	M. L.	57	H.		Tr. nets. ma- lité hépatique	Enorme ulcus à cheval sur petite courbure et face antérieure de l'estomac. Perforé au centre.	Excision en U de la paroi gastrique. Su- ture en 2 plans.		10°	Sus-pubien et sous- hépatique	D ^r Oberlin	Décédé le 7 ^e j. de congestion pulmon.
20.	22 juil. 1926 Dos. n° 1516	M. V.	40	H.	Antécédents nets depuis 18 mois	Très nets	Perforation lenticulaire face antérieure de l'antré, liquide bilieux.	Suture en 2 plans. Epiploplastie.		9°	Sous- hépatique	D ^r Ameline	Normales. Non revu depuis.
21.	4 nov. 1926 Dos. n° 2269	M. S.	42	H.	Aucun antécédent	Très nets	Perforation duodénale lenticulaire. Liquide, cul- ture : positive.	Enfouissement et G.E.		4°	Sus-pubien	D ^r Chastang	Normales. Non revu depuis.
22.	16 janv. 1927 Dos. n° 105	Mme D.	32	F.			Perforation pylorique. Bords souples. Liquide culture positive.	Points en V au cat- gut.		4°	Sus-pubien	D ^r Chastang	Décédée le 10 ^e jour av. syndrome méningé (?).
23.	3 mai 1927 Dos. n° 933	M. B.	39	H.			Perforation duodénale lar- ge. Bords indurés. Liquide bilieux. Culture négative	Suture en 2 plans. Epiploplastie.		5 1/2	Sous- hépatique	D ^r Ameline	Décédé le 5 ^e jour de péritonite.
24.	2 avril 1928 Dos. n° 808	Mme G.	29	F.		Très nets. Tympanis- me préhép.	Perforation lenticulaire, duodénale.	Triple enfouisse- ment. Epiploplastie.		8°	Sus-pubien	D ^r Jubé.	Normales. Non revu depuis.
25.	22 mai 1928 Dos. n° 1220	M. B.	48	H.		Très nets	Perforation lenticulaire duodénale. Peu d'indura- tion autour. Liquide, culture : négative.	Enfouissement en bourse. Second en- fouissement. Epiplo- plastié.		3°	Drainage	D ^r Welti	Normales. Non revu depuis.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
26.	Vaugirard 26 nov. 1929 Dos. n° 2455	M. L. D.	46	H.	Douleurs dans la fosse iliaque droite dep. 10 j.	Signes d'appendicite aiguë 39° P : 140	Appendicite intact. Perforation de la petite courbure. Très haute. Liquide culture : négative.	Enfouissement. Epiploplastie. et G.E.		12°	Du Douglas par la fosse iliaque droite	D ^r Merle d'Aubigné	Normales. Non revu depuis.
27.	11 déc. 1929 Dos. n° 2705	M. C.	37	M.	Antécédents nets	Très nets	Perforation lenticulaire pré-pylorique. Large induration liquide.	Suture au catgut et G.E.		10°	Sus-pubien	D ^r Chastang	Eventration le 7 ^e j. Décès 3 jours ap. de péritonite.
28.	11 avril 1930 Dos. n° 949	M. B.	30	H.		Très nets 38°5 P : 110	Perforation duodénale. Gros œdème, liquide bilieux.	Enfouissement difficile et G.E.	Ether	6°	Sous-hépatique	D ^r Merle d'Aubigné	Normales. Non revu depuis.
29.	26 avril 1930 Dos. n° 1079	M. D.	46	M.	Antécédents nets	Très nets	Perforation pylorique.	Fermeture par 2 catguts. Epiploplastie.		24°	Sus-pubien	D ^r Ménégau	Suppuration pariétale Décédée 3 semaines ap. sa sortie.
30.	20 sept. 1930 Dos. n° 2327	M. Z.	?	H.	Antécédents nets	Très nets P : 100, 38°	Perforation antérieure de l'antre. Lenticulaire. Liquide.	Enfouissement en bourse Epiploplastie.		12°	Sus-pubien	D ^r Dulac	Décédée le lendemain
31.	30 sept. 1930 Dos. n° 2393	M. V.	18	H.	Antécédents vagues dep. 3 mois.	Sig. tr. nets. Sonorité pré-hépatique.	Perforation duodénale lenticulaire. Liquide.	Gastrectomie. (Billroth II)	Ether	6°	Sus-pubien	D ^r Leroy	Décédée le 10 ^e j. (occlusion du grêle par bride épiploque).
32.	7 oct. 1930 Dos. n° 2457	M. P.	72	H.	Antécéd. nets dep. 12 ans	Très nets	Perforation pylorique. Zone calleuse large, liquide.	Suture au lin. Epiploplastie.	Locale	9°	Sus-pubien	D ^r Gueullette	Décédée le 3 ^e j. av. azotémie aiguë.
33.	20 déc. 1930 Dos. n° 3157	Mme R.	48	F.	Antécédents nets	Signes de péritonite généralisée	Petit ulcus pylorique antérieur. Liquide putride et gaz.	Suture au catgut en 2 plans.		4°	Sus-pubien	D ^r Plessier	Décédée le jour même
34.	17 fév. 1931 Dos. n° 408	M. M.	26	H.		Très nets	Perforation pylorique antérieure. Induration péritérique.	Suture en 2 plans. Epiploplastie.		5°	Sus-pubien	D ^r Gueullette	Normales. Non revu depuis.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'Opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
35.	Vaugirard. 14 oct. 1931 Dos. n° 2338	M. F.	30	H.	Antécédents vagues dep. 3 mois	Signes très nets. Shock intense. Contrôle radioscopique, préopératoire positif.	Perforation lenticulaire de l'antré. Liquide, culture : +.	Suture en V au catgut et G. E.		4°	Sus-pubien	D ^r Chastang	Décédé le 2° jour.
36.	19 oct. 1931 Dos. n° 2369	M. D.	70	H.	Doubleurs dep. 15 jours	Etat grave. Refroidissement des extrémités 36,8 P : 140	Large perforation de l'antré, liquide très abondant.	Enfouissement par suture à distance. Arrangement de l'estomac à la paroi.			Sous-hépatique	Prof. P. Duval	Décédé le même jour.
37.	21 nov. 1931 Dos. n° 2605	M. D.	23	H.	Peu nets	Très nets, 1 vomissen. Matité hépatique conservée.	Perforation lenticulaire duodénale. Liquide bilieux.	Suture au lin. Epiploplastie et G. E.		5°	Sans	D ^r A. Mouchet	Normales. Non revu depuis.
38.	16 juin 1932 Dos. n° 1369	M. D.	62	H.	Vagues douleurs depuis quelq. jours	Tr. nets. Matité hépatique, Radioscopie douteuse.	Bord antérieur de la petite courbure. Perforation lenticulaire, liquide.	Suture au lin, enfouissement. Epiploplastie.		5°	Sans	D ^r Billet	Normales. Non revu depuis.
39.	21 juin 1932 Dos. n° 1406	M. M.	32	H.	Nets depuis 8 ans	Tr. nets. Matité hépatique conservée.	Perforation punctiforme pylorique, liquide et gaz.	Enfouissement en bourse, puis double plan.		8°	Sus-pubien	D ^r Billet	Normales. Non revu depuis.
40.	16 avril 1932 Dos. n° 1873	M. H.	63	H.	Aucun antécédent	Très nets. Contrôle radioscopique positif.	Perforation lenticulaire à l'angle supérieur de la 1 ^{re} . et 2 ^e portion duodénale.	Double enfouissement. Epiploplastie.		16°	Sous-hépatique	D ^r Gueullette	Rétention d'urine Cystostomie secondaire. Décédé quelques mois après.
41.	22 avril 1932 Dos. n° 1927	M. O.	36	H.	Nets	Très nets 39,7 P : 120	Perforation lenticulaire de l'antré.	Suture en 2 plans. Epiploplastie.		7°	Sus-pubien	D ^r Baudet	Décédé le 7° jour.
42.	9 oct. 1932 Dos. n° 2310	M. E.	30	H.	Très nets. (Hématémèse) En crise depuis 8 jours	Très nets.	Perforation prépylorique punctiforme. Pas de liquide.	Enfouissement par 2 bourses.	Ether	2°	Sans	D ^r Van der Elst.	Eventration secondaire le 8 j. Cure de l'événement. Non

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'Opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
43.	Vaugirard 25 nov. 1932 Doss. n° 2678	M. T.	47	H.	Nets	Signes de péritonite	Perforation pylorique près de la petite courbure. Plusieurs litres de liquide putride.	Suture au lin	Locale	26°	Sus-pubien et sous-hépatique	D ^r Merle d'Aubigné	Décédé le jour même.
44.	25 janv. 1933 Doss. n° 197	M. C.	27	H.	Nets depuis 3 ans	Très nets	Perforation lenticulaire prépylorique, zone calleuse, liquide abondant.	Enfouissement Epiploplastie.		4	Sus-pubien	D ^r Gueullette	Ictère passager.
45.	26 avril 1933 dos. n° 891	M. R.	68	H.	Peu nets	Peu nets, mais début très brutal	Perforation lenticulaire pylorique, zone calleuse, liquide, culture négative.	Bourse. Epiploplastie.	Ether	7	Du Douglas par la plaie	D ^r Chastang	Eventration le 15 ^e j., cure de cette éventration. Décédé le 21 juillet 1933.
46.	7 juillet 1933 Doss. n° 1470	M. V.	34	H.	Nets, perforation en fin de crise.	Très nets, radioscopie négative.	Perforation lenticulaire prépylorique. Bords indurés. Peu de liquide.	Suture au lin en 2 plans. Epiploplastie.		2	Sans	D ^r Aboulker	Normales.
47.	8 juillet 1933 Doss. n° 1474	M. T.	35	H.		Très nets	Perforation lenticulaire pylorique, peu de liquide, culture : négative.	Double bourse d'enfouissement. Epiploplastie.		2	Sans	Prof. Duval	Normales.
48.	11 oct. 1933 Doss. n° 2133	M. Z.	38	H.	Peu nets. Perforation fin de crise	Signes d'appendicite aiguë 38°2 P : 125	Appendice sain. Perforation lenticulaire prépylorique. Bords indurés. Liquide culture négative.	Double bourse d'enfouissement. Epiploplastie.		18	drainage	Mialaret	Décédé le 7 ^e j. de broncho-pneumonie.
49.	4 déc. 1933 Doss. n° 2543	M. R.	41	H.	Nets dep. 2 ans, perforation fin de crise de 15 j.	Très nets. Tympanisme préhépatique	Double perforation. Bords peu indurés.	Double enfouissement. Epiploplastie.	Ether	4	Sus-pubien	D ^r Dufour	Congestion pulmon.
50.	Bicêtre 9 février 1930	M. L.	33	H.		Signes d'appendicite aiguë	Perforation pylorique lenticulaire.	Enfouissement en bourse.			Drain et mèches sur la perforation	D ^r Maurer	Pas revu depuis.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'Opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
51.	Bicêtre 4 avril 1932	M. I.	45	H.			Perforation sur un gros ulcus pylorique calleux.	Plicature.			Sous-hépatique	D ^r Wilmoth	Normales. Non revu depuis.
52.	11 juillet 32	M. G.	25	H.			Perforation lenticulaire duodénale.	Enfouissement en bourse		6	drainage	D ^r Devaux	Normales. Non revu depuis.
53.	27 mai 1933	M. B.		H.			Perforation de l'antré près de la petite courbure très large.	Double bourse d'enfouissement	Ether	6	Sans	D ^r Vialle	Normales. Non revu depuis.
54.	18 nov. 1933	M. N.	38	H.			Perforation duodénopylorique. Zone calleuse	Réssection de la zone calleuse. Suture en 2 plans	Ether	11	Sus-pubien et sous-hépatique	D ^r Banzet	Normales.
55.	Saint-Louis 17 août 1929	M. P.	30	H.	Antécédents éthyliques	Signes d'appendicite aiguë	Appendice sain. Perforation sur un ulcus pylorique calleux	Suture. Epiploplastie.				D ^r Oberlin	Décédé le 8 ^e jour.
56.	25 janv. 1930	Mme B.	28	F.	Antécédents nets depuis 1 mois	Signes d'appendicite	Appendice sain. Perforation lenticulaire pylorique antérieure	Suture en X. Bourse. Epiploplastie.	Schleich	7	Du Douglas par la fosse iliaque droite	D ^r Maës	Normales. Non revu depuis.
57.	19 juin 1930	M. M.	49	H.	Aucun antécédent	Signes peu nets, tympanisme hépatique 38°5 P : 104	Liquide. Culture positive.	?		?			Décédé 21 juin 1930 (2 ^e jour)
58.	28 juin 1930	M. S.	47	H.	Douleurs depuis 15 jours	Tr. nets, 1 vomissement	Perforation duodénale.	Enfouissement.		6	Sans	D ^r Braine	Normales. Non revu depuis.
59.	29 juil. 1930	Mme B.	50	F.	Aucun antécédent	Début brutal vomissem. répétés. Diagnostic : appendicite.	Appendice sain. Perforation duodénale.	Suture. Epiploplastie.	Schleich	15	Du Douglas par la fosse iliaque droite	D ^r Sicard	Bronchite et sup- puration paritaire. Pas revu depuis.
60.	14 sept. 1931	M. S.	24	H.	Nets depuis 1 mois	Très nets	Perforation large pylorique antérieure. gros oedém.	Billroth II	Schleich	4	Sans	D ^r Dufour	Normales. Non revu depuis.
61.	Lariboisière 13 sept. 1933	M. M.	45	H.	Nets depuis 15 ans, perforation en préhépatic fin de crise	Signes peu nets, sonorité préhépatic	Perforation énorme face antérieure de l'antré, li- vide purulent.	Plicature et suture en 2 plans.	Schleich	40	Sus-pubien	Bruneton	Décédé le lendem.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'Opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
62.	Boucicaut 7 juin 1922	Mme L.	46	F.	Antécédents nets.		Perforation pylorique antérieure	Suture impossible. Epiploplastie.	Ether	16	Mickulicz sur la perforation	D ^r Ardouin	Décédé le 4 ^e jour (embolie).
63.	8 juin 1932	Mme M.	41	F.	Peu nets. Ethylisme?		Perforation pylorique antérieure.	Suture.	Ether.	8	2 mèches sur la suture	D ^r Ardouin	Congestion pulmon.
64.	17 juin 1933	M. C.	29	H.		Très nets	Perforation pylorique antérieure.	Gastrectomie (Finsterer)	Ether	6	Sans	D ^r Soupault	Normales. Revenu av. un abcès sous-phrénique gauche 2 m. après. Décédé dep.
65.	17 juillet 33	M. D.	67	H	Nas anciens	Nets mais déb. impossible à préciser	Perforation de l'antré	Suture en 2 plans	Local	?	Sans.	D ^r Labey	Décédé quelq. jours après. Azotémie.
66.	12 sept. 1933	M. M.	44	H.	Aucun antécédent	Très nets. Matité hépatique	Perforation duodénale lenticulaire, œdème du péritoine pariétal. Liquide, culture négative.	Suture en X. Enfoncement. Epiploplastie.	Ether	4	Sans	Gandy	Décédé le lendemain. Bronchite capillaire.
67.	Boucicaut (Dujarier) 1920.	M. S.	30	H.			Perforation pylorique	Suture et G.E.	Ether	12	Sans	D ^r Dujarier	Décédé.
68.	14 fév. 1920	Mme M.	32	F.			Perforation de la petite courbure, zone calleuse large.	Cautérisation et suture	Ether	24	Drainage	D ^r Mathieu	Décédée le 3 ^e jour.
69.	4 fév. 1922	M. L.	39	H			Perforation pylorique antérieure et en plus épithélioma probable du pylore.	Suture et G.E.	Ether	20	Drainage	D ^r Mathieu	Décédé le 4 ^e jour.
70.	17 mars 22	M. B.	52	H.			Perforation gastrique antérieure et ulcus postérieurs non perforé.	Gastrectomie	Ether	?	Sans	D ^r Mathieu	Normales.
71.	29 mai 1923	M. P.	47	H.			Perforation de l'antré antérieure.	Suture.	Ether	24		D ^r Tournieix	Décédé le 22 ^e jour de pneumonie
72.	5 fév. 1925	M. A.	21	H.			Perforation gastrique antérieure.	Suture	Ether	36		D ^r Tournieix	Décédé le 10 ^e jour.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'Opération	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
73.	Boucaut (Dujarier) 1925	M. M.	23	H.			Perforation duodénale.	Suture.	Ether	5		D ^r Cuvigny	Décédé.
74.	1926	M. P.	29	H.			Perforation duodénale.	Suture.	Ether	?		D ^r Rouhier	Normales.
75.	1926	M. F.	57	H.			Perforation duodénale.	Suture.	Ether	5		D ^r Dujarier	Normales.
76.	17 sept. 1926	M. M.	26	H.			Perforation pylorique antérieure, zone calleuse.	Suture et G. E.	Ether	7		D ^r Boppe	Suppuration pariétale.
77.	1927	M. M.	52	H.			Perforation pylorique antérieure.	Suture.	Ether	7		D ^r Cuvigny	Décédé.
78.	1927	M. B.	40	H.			Perforation duodénale.	Suture.	Ether	6		D ^r Fey	Décédé.
79.	1927	M. L.	47	H.			Perforation duodénale.	Suture et G.E.	Ether	4		D ^r Chevallier	Décédé.
80.	1928	M. R.	25	H.			Perforation gastrique antérieure.	Suture.	Ether	48		D ^r Rouhier	Décédé.
81.	1928	M. B.	54	H.			Perforation pylorique antérieure.	Suture.	Ether	?		D ^r Meillère	Décédé.
82.	1929	M. O.	32	H.			Perforation de la petite courbure.	Suture.	Ether	6		D ^r Redon	Normales.
83.	1929	M. A.	19	H.			Perforation de la petite courbure.	Suture et G. E.	Ether	8		D ^r Redon	Normales.
84.	1929	M. P.	35	H.			?		Ether	4		D ^r Rouhier	normales.
85.	1929	M. S.	71	H.			Perforation de la petite courbure.	Suture.	Ether	?		D ^r Chevallier	Décédé le 4 ^e jour
86.	1930	Mme P.	39	F			Perforation pylorique antérieure.	Suture.	Ether	36		D ^r Couve-laure	Décédée.
87.	1931	M. L.	31	H.			Perforation pylorique, zone calleuse	Suture et G. E. difficile.	Ether	1		D ^r Lécœur	Normales.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
88.	Bouicaud (Dujarier) 1931	M. G.	44	H.			Perforation pylorique antérieure.	Suture.	Ether	7		D ^r Oberlin.	
89	La Piné. 13 mars 1926	M. G.	38	H.			Perforation lenticulaire duodénale, zone calleuse.	Suture au lin. Epiploplastie.	Rachi	60	Sus-pubien	D ^r Gouverneur	Décédé le lendemain
90.	9 juin 1926	M. D.	32	H.			Perforation pyloro-duodénale.	Suture au catgut et G. E.	Ether	3	Sans.	D ^r Moulonguet.	Normales. Avait continué à souffrir, décédé en 1932.
91.	29 août 1926	M. B.	40	H.			Perforation duodénale, zone calleuse large, liquide abondant.	Bilroth II.	Ether	8	Sans.	D ^r Dupuy.	Décédé.
92.	16 janv. 1927	M. N.	46	H.	Nets depuis 3 ans.	37 P . 76	Perforation duodénale lenticulaire.	Suture au lin. Epiploplastie.	Ether	6		D ^r J. Quénu	Normales.
93.	23 fév. 1928	M. P.	33	H.	Très nets depuis 1 an, hématémèses		Perforation pylorique. liquide abondant.	Bilroth II.	Rachi	5	Sans.	D ^r Richard	Décédé le 5 ^e jour de péritonite.
94.	27 janv. 1929	M. D.	29	H.	Antécédents nets.	Signes d'appendicite aiguë 38°.	Appendice sain. Perforation duodénale lenticulaire, liquide bilieux.	Suture au catgut.	Ether	7	Sans.	D ^r Meillère	Normales.
95.	7 mars 1929	M. H.	43	H.			Perforation duodénale, zone calleuse large, liquide abondant.	Suture. Epiploplastie.	Schleich	7	Sans.	D ^r Fey.	Normales.
96.	23 mars 1929	M. M.	53	H.	Antécédents vagues.		Perforation lenticulaire pylorique antérieure.	Suture au lin.			Sans.	D ^r Meillère	Normales.
97.	5 mai 1929	M. N.	27	H.	Antécédents nets	Signes d'appendicite aiguë 38°	Perforation duodénale fissure	Suture au catgut.	Ether	24	Sans.	D ^r Meillère	Normales.
98.	8 mai 1929	M. T.	33	H.	Pas d'antécédent		Perforation duodénale lenticulaire. Liq. abondant	Suture lin.	Ether	4	Sans.	D ^r Sourice.	Normales.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
La Pitié.													
99.	28 août 1929	M. F.	42	H.		39°	Perforation pylorique de 2 cm., liquide purulent.	Suture lin.	Ether	21	Sus-pubien.	D ^r Meillère.	Décédé le 2 ^e jour.
100.	13 nov. 1929	M. I.	58	H.	Antécédents nets.		Perforation pylorique. Liquide noir abondant.	Suture.	Locale	8	Sus-pubien	D ^r Benaërts	Décédé le lendemain.
101.	17 mai 1930	M. S.	23	H.	Antécédents nets.	Signes d'appendicite aiguë, 37°9 P : 96	Appendice sain. Perforation pylorique. Bords souples. Liquide.	Suture lin.		13	Sans.	D ^r Meillère.	Normales.
102.	7 juin 1930	M. R.	37	H.			Perforation duodéno-pylorique lenticulaire.	Suture.	Chloroforme.		Sus-pubien	Mégnin.	Décédé le 7 ^e jour.
103.	24 déc. 1930	M. A.	44	H.			Perforation pylorique lenticulaire.	Suture.	Schleich	8	Sans.	Mégnin.	Normales.
104.	8 juin 1932	M. D.L.	24	H.	Très nets.	38,8, P : 100	Perforation pylorique zone calleuse, liquide abondant.	Enfouissement en 2 plans. Epiploplastie et G.E.	Ether	15	Sus-pubien	Coen.	Normales.
105.	15 juin 1932	M. H.	26	H.	Nets.	38° P : 92	Perforation duodénale lenticulaire, liquide bilieux.	Enfouissement en 2 plans au lin, épiploplastie.	Ether	5	Sus-pubien	Coen.	Normales.
106.	13 août 1932	M. V.	25	H.	Vagues.	39°2.	Perforation. Petite courbure près du pylore. Liquide abondant.	Enfouissement, 2 plans au lin.	Ether	12	1 mèche sous le foie et 1 drain et mèche dans le Douglas	Elhim.	Normales.
107.	30 nov. 1932	M. D.	18	H.	Aucun antécédent.	Signes d'appendicite aiguë 37 P : 110	Perforation duodénale, liquide abondant.	Enfouissement lin. Epiploplastie.		4	Mèche sous le foie et dr Douglas	Mutricv.	Normales.
108.	4 déc. 1932	M. E.	63	H.	Vagues.	37°3, P : 90	Perforation large sur la petite courbure, zone calleuse, liquide.	Enfouissement. Epiploplastie.		7	Sous le foie	Elhim.	Décédé le 4 ^e jour.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'Opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates
109.	Gardiens de la Paix. 10 mars 1923	M. C.	50	H.	Nets.	Très nets.	Perforation à l'angle D ¹ punctiforme, large zone indurée.	Réssection des bords. Suture. Epioplasticité et G. E.	Ether.	4	Sus-pubien.	D ^r Desplas.	Normales.
110.	24 mai 1923	M. M.	24	H.	Très nets dep. 6 ans. 37°4. P : 88	Très nets	Perforation duodénale lenticulaire. Zone calleuse. Liquide.	Enfouissement. Epioplasticité et G. E.	Ether.	18	Drainage.	D ^r Desplas.	Normales.
111.	25 mai 1923	M. G.	42	H.	Aucun.	Schok intense maximum de douleur à droite. 37°2. P : 86	Perforation duodénale pylorique. Liquide abondant. Appendice sain.	Enfouissement et G. E.		3	Drain et mèche.	D ^r Desplas.	Normales.
112.	20 nov. 1923	M. B.	44	H.	Nets depuis des mois.	Très nets 36°6 P : 130	Perforation de la petite courbure. Zone calleuse, Liquide trouble abondant.	Excision. Double suture au lin.	Chloroforme.	26	Drain et mèche au contact de la perforation.	D ^r Desplas.	Décédé de péritonite à la 20 ^e heure.
113.	1926	M. S.		H.	Très nets. (Malade parkinsonien).		Perforation punctiforme du pylore.	Enfouissement et G. E. au bouton.	Ether.	5	Sans.	D ^r Desplas.	Normales.
114.	1926	M. X.		H.		Signes d'occlusion	Ulcus du cardia. Pus dans le ventre.	Enfouissement. Epioplasticité.	Rachi.	4	Sus-pubien et mèche dans Douglas et sous le foie. Sans.	D ^r Desplas.	Décédé le jour même.
115.	Cochin. 24 fév. 1932	M. L.	26	H.	Peu d'antécédents.	Très nets, 4 vomissements Matité hypogastrique 37°6	Perforation lenticulaire de l'antre, près de la petite courbure. Peu de liquide.	Double enfouissement au lin. Epioplasticité.	Ether.	2		Gandy.	Normales.
116.	3 avril 1932	M. R.	46	K.	Antécédents Très nets anciens.	Très nets Shochin ininterrompue, plusieurs vomissements. Matité hép.	Perforation lenticulaire de l'antre près du pylore. Liquide abondant.	Double enfouissement au lin. Epioplasticité.	Ether	5	Sans.	Gandy.	Normales.
117.	Lariboisière. 1 ^{er} déc. 1932	M. C.	50	H.	Antécédents anciens très nets.	Très nets Sonorité préhepatique.	Perforation pylorique lenticulaire. Peu de liquide	Gastroectomie (Péan).	Locale		Sans.	D ^r Leibovici.	Troubles psychiques graves à partir du 10 ^e jour ayant nécessité son séjour depuis à l'asile.
118.	Lariboisière 29 janv. 1927	M. M.	26	H.		Très nets.	Perforation pylorique lenticulaire avec large zone calleuse.	Bilbroth II.	Rachi	3	Sans.	D ^r Labezy	Normales

GROUPE II

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

TABLEAUX DES MALADES GUÉRIS

N° de l'obs.	Hôpital	Nom	Age	Sexe	Antécédents*	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé av. l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates	Ancien- neté de la perfora- tion	Résultats actuels connus
1.	Vauclaird. 4 mai 1922 Dos. n° 717.	Mme P.	17	F.	Une crise doul. depuis 4 jours.	Très nets 38°6. P.; 120	Perf. post. de la pe- tite courbure à 3 cm. épiploon. Exc. de du cardia Calleux, li- quide abondant.	Efondr. du petit épiploon. Exc. de l'ulcère. Suture en 3 plans et épiplo- plastie.	Ether	32 h.	Sus-pubien	D ^r Gatellier	Normales.	7 ans	Aucun trouble dep. contr. ra- dioscopique.
2.	15 fév. 1923 Dos. n° 299	M. M.	26	H.	Très récents	Perf. en deux temps	Perforation duodénale géante, liq. abondant.	Cautérisation des bords. Sut. 2 pl. Epiplopl. et G.E.	Ether	18 h.	Sus-pub.	D ^r Gatellier	Normales	2 ans	Une crise dou- lour. 3 m. apr. puis auc. tr., contr. radiosc.
3.	23 fév. 1924 Dos. n° 425	M. S.	42	H.	Pas d'anté- cédent.	Sig. d'ap- pendicite ai- guë.	Appendice sain. Perf. b. inf. du duodénum 1 ^{re} port. lenticulaire, calleux, liquide.	Exc. de l'ulcère. Suture 2 plans. Epiploplastie.	Ether	?	Sus-pub. et mèche sous le duodénum	D ^r Basset.	Normales.	2 ans	Aucun trouble depuis.
4.	6 mars 1928 Dos. n° 582	M. P.	39	H.	Ant. dep. 7 mois nets de- puis 1 mois.	Très nets	Perforation duodénale Bords indurés. Li- quide bilieux.	Exc. de l'ulcère. Suture 3 plans et G.E.	Ether	7 h.	Sus-pubien	D ^r Ameline	Normales.	6 ans	Aucun trouble depuis.
5.	29 mars 1929 Dos. n° 662	M. D.	57	H.	Antéc. dep. 3 ans, tr. nets	Très nets. un vomissem.	Perforation duodénale lent. Pas de liquide.	Double enfoiss. Epiplopl. et G.E.	Ether	3 h.	Sus-pubien	D ^r Ameline	Normales.	5 ans	Aucun trouble depuis.
6.	3 mai 1929 Dos. n° 936	M. B.	38	H.	Ant. tr. nets. Crise depuis 3 jours.	Très nets.	Perfor. pylor. large sur zone calleuse étendue. Pas de liquide.	Suture en 1 pl. au catgut et G.E.	Ether	?	Sus-pub. et sous-hépa- tique.	D ^r Redon	Congestion pulmonaire.	5 ans	Auc. tr. dep., n'a jamais suivi de régime.
7.	6 fév. 1930 Dos. n° 338	M. V.	27	H.	Ant. depuis 3 semaines.	38°5. P.; 120 Diag. : Ap- pendicite lenticulaire. Liquide.	Appendice sain. Perf. duodénale lenticulaire. Liquide.	Pylorotomie. (Billroth II).	Ether	6 h.	Sus-pubien	D ^r Leroy.	Normales.	4 ans	Auc. tr. dep. contr. radios- copique.
8.	7 oct. 1931 Dos. n° 267	M. P.	53	H.	Ant. nets Poussée réc.	Tr. nets. So- nor. précip.	Perfor. lenticul. Zone calleuse étendue. Liq. sous le foie.	Gastrect. larve. (Finsterer)	Ether	6 h.	Sous- hépatique	D ^r Redon	Normales.	2 ans 1/2	Aucun trouble depuis.

N° de l'obs.	Hôpital Date de l'opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anes- thésie	Temps écoulé av. l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immé- diates	Ancien- neté de la perfo- ration	Résultats actuels connus
9.	Vaugrard 9 mai 1933 Dos. n° 988	M. A.	32	H.	Ant. dep. 1 m., perforat. fin de crise	Très nets	Perfor. de 7 mm. face ant. de l'antre, liquide.	Suture et Epiploplastie.	Ether	6 h.	Sans	D ^r Gueullette	Normales	1 an	Aucun trouble dep. contrôle radioscopique.
10.	Bicêtre 27 janvier 30	M. F.	30	H.	?	Très nets	Perfor. duodénale. Zone calleuse étendue.	Suture.	Ether	6 h.	Sans	D ^r Sénèque	Normales.	4 ans	Aucun trouble depuis.
11.	1 ^{er} avril 1932	M. V.	28	H.	Antécédents nets	Très nets	Perforation pylorique antérieure.	Bourse d'enfouis- sement.	Ether	6 h.	Sous-hépa- tique et 1 mèche.	D ^r Milhiet	Normales.	2 ans	Quelq. digest. difficultés, mais ne suit pas de régime.
12.	24 oct. 1932	Mme J.	37	F.	Antéc. nets Ethylisme.		Perfor. duodénale. Zone calleuse étendue.	Enfouissement en bourse.	Ether	6 h.	Sous-hépa- tique.	D ^r Wilmoth	Normales.	1 an ½	Aucun trouble depuis.
13.	23 mai 1933	M. S.	33	H.	Antécédents nets		Perfor. pylorique près du bord supér. Zone calleuse.	Enfouissement en bourse.	Ether	18 h.	Sus-pubien et sous-hé- patique.	D ^r Wilmoth	Normales.	1 an	Aucun trouble depuis.
14.	Saint-Louis 24 avril 1929	M. P.	23	H.	?	Sig. d'appen- dicite aiguë 38°	Appendice sain. Perforation siège ?	Suture simple	?	?	?	?	Normales	5 ans.	Auc. tr. dep., n'a jamais suivi de régime.
15.	19 nov. 1930	M. D.	73	H.	Douleurs vagues	Doul. au col- let d'une her- nie ing. dr. duodénale large, liq. Pas de déf.	Pas d'étranglement herniaire. Perforation duodénale large, liq. Pas de déf.	Suture simple.	Locale puis Schleich	?	Sous-hépat. et 1 mèche.	D ^r Billet	Normales.	3 ans ½	Tr. bon état gén., vag. doul. n'ayant jamais obligé à suivre un régime.
16.	9 février 1931	M. D.	26	H.	Antécédents dep. pl. mois	Très nets	Perforation pylorique antérieure.	Suture en 3 plans	?	?	Sans	D ^r Amid.	Normales	3 ans	Aucun trouble depuis.
17.	Lariboisière. 25 oct. 1932	M. L.	39	H.	Ant. nets dep. 10 mois.	Tr. nets, pas de dispar. de matité hépa- tique.	Perforation pylorique de dispar. de antérieure, zone cal- leuse péripéritique.	Suture en X et enfouissement	Schleich	4 h.	Sans	D. R. Bloch.	Fistule colique transverse. Cure sec. de cette fis- tule.	1 an ½	Aucun trouble digestif, mais éventration.
18.	Bouicaud. (Lariboisière) 1926	M. R.	35	H.	?	Très nets	Perforation duodénale.	Suture simple.	Ether	7 h.	Sans.	D ^r Chevallier	Normales.	8 ans	Quelq. digest. difficultés au dé- but, amél. par le rég., depuis aucun trouble.

N.° de l'ob.	Hôpital	Date de l'opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé av. l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates	Antécédence de la perforation	Résultats actuels connus
19.	Bouicaud	1930	M. G.	55	H.	?	Très nets	Perf. duodénale.	Suture et G. E.	Ether	6°	Sans	D ^r Lecœur.	Normales.	4 ans	Auc. tr. dep.
20.		1930	Mme R.	51	F.	?		Perfor. pylorique antérieure.	Suture.	Ether	28°	?	D ^r Couvelaire	Normales.	4 ans	Aucun trouble depuis.
21.		1931	M. M.	25	H.	?		Perforat. pylorique antérieure.	Suture.	Ether	6°	?	D ^r Lecœur	Normales.	3 ans	Auc. troub. dep N'a jam. suivi de régime.
22.	La Pitié.	29 mai 1926	M. Y.	26	H.	?		Perfor. duodénale lenticulaire.	Suture. Epiploplastie.	Chloroforme	9°	Sus-pubien et 1 mèche s ^r la perfor.	D ^r Fredet	Normales.	8 ans	Aucun trouble depuis.
23.		8 sept. 1926	M. L.	46	H.	?		Perforat. pylorique antérieure. Diam. de 1 cm. 1/2.	Suture. Epiploplastie et G.E.	Ether	10°	Sans.	D ^r de Gaudart d'Al-laines	Normales.	7 ans 1/2	Aucun trouble digestif, mais événtration.
24.		22 déc. 1926	Mme F.	35	F.	?	Sig. d'appendicite aiguë	Appendice sain, mais perfor. duodénale lenticul. Zone calleuse.	Suture au lin. et G.E.	Ether	7°	Sans	D ^r Gouverneur.	Normales.	7 ans	Aucun trouble depuis.
25.		28 nov. 1928	M. G.	41	H.	?	Nets	Perf. tiers sup. de la petite courbure. Zone calleuse étendue liq.	Suture au lin. Epiploplastie.	Ether	7°	Sus-pubien	D ^r Moruzi.	Normales	5 ans	Aucun trouble depuis.
26.		26 juin 1929	M. Q.	28	H.	Antécédents vagues.	Nets	Perfor. pylorique ant. Diam. 2 cm. Pansous souples.	Suture. Epiploplastie.	Ether	6°	Sans	D ^r Meilléré.	Normales.	4 ans 1/2	Aucun trouble dep., n'a jamais suivi de régime
27.		30 janv. 1930	M. L.	49	H.			Perforation de la petite courbure.	Suture lin. Epiploplastie et G.E.	Ether	?	Sans	D ^r Huet	Normales.	4 ans	Auc. tr., mais continue à suivre un régime.
28.		26 oct. 1930	M. C.	41	H.	Nets. 37°9 P : 100		Perfor. de la pet. courbure. Lenticulaire. Zone calleuse. Liquide	Suture au catgut. Epiploplastie	Ether	7°	Sus-pubien	D ^r P. Petit	Normales.	3 ans 1/2	Aucun trouble depuis.

N° de l'Obs.	Hôpital Date de l'opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé av. l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates	Ancienneté de la perforation	Résultats actuels connus
30.	La Pitié. 8 nov. 1930	M. D.	39	H.			Perfor. pylorique ant. Zone calleuse étendue.	Suture au catgut. Epiploplastie.	Ether	6°	Sans	D ^r P. Petit	Normales.	3 ans ½	Aucun trouble depuis.
31.	15 nov. 1930	M. F.	44	H.	Antécédents nets.	Signes d'appendicite aiguë. 38°7	Appendice sain. Perfor. duodénale. Zone calleuse. Liquide.	Suture. Epiploplastie.	Schleich	4°	Sans	D ^r Chevrier	Normales.	3 ans ½	Aucun trouble depuis.
32.	20 nov. 1930	M. D.	54	H.	Antécédents frustes.		Perfor. duodénale lenticulaire. Liquide bilieux.	Suture. Epiploplastie.	Ether	6°	Sans	D ^r Zagdoun	Normales.	3 ans ½	Auc. trouble dep. N'a jam. suivi de régime.
33.	30 sept. 1931	M. G.	26	H.		Sig. d'appendicite aiguë.	Appendice sain. Perfor. duodénale. Liquide séropurulent.	Suture au catgut. Epiploplastie.	Ether	?	Sus-pubien	D ^r Franco	Normales.	2 ans ½	Aucun trouble depuis.
34.	12 mars 1932	M. P.	44	H.	Antécédents vagues.	Nets 37°3 P : 88	Perf. de la petite courbure. Zone calleuse. Liquide tr. abondant.	Enfouissement en 2 plans au lin.	Ether	5°	Sus-pubien	Mutricy	Normales.	2 ans	Aucun trouble depuis.
35.	5 juin 1932	M. R.	49	H.	Antécédents vagues.	Nets 38°4 P : 84	Perf. face ant. de l'antre. Liquide très abondant.	Enfouissement en 2 plans au lin.	Ether	8°	Sus-pubien	Mutricy	Normales.	2 ans	Aucun trouble dep. N'a jam. suivi de régime.
36.	3 juillet 1932	M. G.	55	H.	Antécédents nets	Nets P : 80	Perf. duodénale, zone calleuse. Liquide abondant.	Enfouissement en 2 plans au lin. Epiploplastie.	Ether	7°	Sus-pubien et 1 mèche sous le foie	Coen	Normales.	1 an ½	Pas de trouble, mais suit un régime.
37.	11 sept. 1932	M. P.	33	H.	?	Nets 38°	Perf. face ant. de l'antre. lenticulaire, zone calleuse. Peu de liq.	Enfouissement en 2 plans au lin.	Ether	6°	2 mèches sous le foie.	Elbim	Normales.	1 an ½	Aucun trouble depuis.

GROUPE III

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

TABLEAUX DES MALADES AYANT CONTINUÉ A SOUFFRIR

No de l'observ.	Hôpital Date de l'opération d'urgence	Nom	Age Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates	Caractères des troubles	Réintervention	Durée de l'intervalle entre les opérations	Résultats éloignés
1.	Vaugirard 28 fév. 1922 Dos. n° 347	Mme A.	45 F.	Tr. anc. mais va- gués. Cr. aiguë depuis 2 jours.	Tr. nets	Perfor. face antérieure de l'antre près de la petite courbure. Pa- rois de 3 cm. d'épais. Epiploplastie.	Cautérisation des bords. Suture en- fouissement.	Ether	7	Sous le foie et du Dou- glas	Dr Fey.	Héma- témèse le 13 mars	Vomisse- ment répétés.	Le 15 mars 1922, gastro- entérost., avec plicature du ves- tibule (pylorect. imposs.) Prof. Duval.	15 jours	Auc. trouble dep. (12 ans) Contrôle ra- dioscopique
2.	20 déc. 1927 Dos. n° 2494	M. R.	42 H.		Tr. nets	Perfor. de l'antre len- ticulaire. Bords sou- vomis. Liqueur cult. négative.	Suture en 3 pl.	Ether	2 ½	Sus- pubien	Dr Ameline	Norm. 6 mois	Stén. pylorique nette (radiosc.) av. vomisse- ment et amaigrisse- ment.	Sans.		Décédé dep.
3.	13 janv. 1929 Dos. n° 101	Mme R.	59 F.	Nets de- puis 6 a. 1 héma- témèse	Tr. nets	Perfor. de petite cour- bure très haut. Enor- me. Liqueur : cult. négative.	Suture imposs. 1 mèche. Excl. du foyer p ^r suture du p ^r it. pariétal à l'estomac.	Ether	20	Sans	Prof. Duval	Norm.	Doul. contin. Bilocolat, gast. au b. de 6 mois (radioscopie).	Sans		Améli. progr. Souffre à pei- ne (5 ans)
4.	30 déc. 1929 Dos. n° 2314	M. D.	45 H.	Vag. dep 1 an. Perfor. due à un traum. net.	Tr. nets	Perfor. pylorique ant. lenticulaire. Liquide.	Suture en 2 plans au catgut et G.E.	?	3	Sus- pubien	Dr Ménégau	Norm.	Crises nettes 4 fois p ^r mois av. vomissements.	Sans		Même état dep. 4 ans.
5.	23 juil. 1930 Dos. n° 1868	Mme T.	27 F.	Nets de- puis 9 a. doul. vomiss. méléna	Tr. nets	Perforat. pylorique ant. lenticulaire, li- quide abondant.	Plicature transv. Epiploplastie.	Ether	6	Sus- pubien	Dr Plessier	Norm.	Reprise aiguë des doul. 3 m. après.	Le 2 nov. gastro- entérostom. (adh. cicatr. de l'ulcus à la par.) Prof. P. Duval.	4 mois.	Bon état depuis.
6.	26 mars 1931 Dos. n° 705	M. S.	31 H.	Tr. nets	Tr. nets	Perfor. pylorique an- térieure près du bord diosc. supérieur. Peu de li- quide.	Suture. Epiploplastie.	Ether	6	Sans.	Dr J. Gosset	Norm	Stén. pylorique av. vomisse- ment. 2 ans ap. (ra- dioscopie).	Le 24 mai 1933 av. vomisse- ment. 2 ^e second. (Polya) Prof. Duval.		
7.	11 avril 1931 Dos. n° 837	M. C.	32 H.	Aucun antéc.	Tr. nets	Perforation de la pet. courbure très haute.	Entouissement simple.	Ether	2	Sans.	Dr Merle d'Aubigné.	Norm.	Doul. vagues et événement.	Le 9 oct. 1931 cure de l'évén- t. et G.E. Dr Mele d'Aub.	5 mois	Bon état depuis.
8.	31 mai 1931 Dos. n° 1312	M. C.	? H.	Tr. nets	Tr. nets	Perfor. pylorique à bords indurés, liquide culture négative.	Suture et bourse d'entouissement	Ether	6	Sous- hépat.	Dr Welti	Norm.	Rep. de crises doul. tard. 3 f. par an.			Même état dep. 3 ans
9.	1 ^{er} juil. 1931 Dos. n° 1620	M. B.	38 H.		Nets.	Perfor. pylorique len- ticulaire, liq. abond. Culture négative.	Entouissement aux lins. Epiploplastie.	Ether	5	Sous- hépat.	Dr Gueullette.	Norm.	Rep. des doul- leurs peu après	Réopérat. en oct. 1933. Mort post-opérat.	2 ans.	

N° de l'Observ.	Hôpital Date de l'opération d'urgence	Nom	Age Sexe	Antécé- dents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites im- médiate	Caractères des troubles	Réinterven- tion	Durée de l'intervalle entre les 2 opérations	Résultats éloignés
10.	Bicêtre. 5 janv. 1932E	M. B.	28 H.		Nets.	Perfor. duodénale. 2 cm., cauleuse.	Bourse d'en- fouissement.	Ether	17 h.	Sus- pubien	Dr Jonard	Norm.	Repr. des doui.	Réop. en avril 1932. Gastro- enterostomie.	3 mois	Et. méiocre dep. vomiss quotid. p ^r pé- riode cessant spontaném
11.	12 oct. 1932	M. M.	27 H.		Nets	Larve perfor. av bords calleux du duodénum.	Plicature.	Ether	6 h.	Sus-pub. et 1 mē- che sous le foie	Dr Milhiet		?	En fév. 1933, Réopér. Mort post-opérat.	3 mois	
12.	St-Louis 9 fév. 1931	M. R.	44 H.		Nets.	Perforat. pylorique antérieure.	Suture simple	?	?	?	?	Norm.	Repr. des doui.	En juin 1931, gastro-enterost. D ^r Dufour.		Excell. état dep. 3 ans, est obligé de suiv. un rég.
13.	Lariboisière. 22 janv. 1932	M. T.	23 H.	Tr. nets dep. 3 a. Peri. fin de cr. Append dep. 8 j.	38° P 80. S à dr. Diagn. lenticulaire.	Appendice sain. Perfor. pylorique. lenticulaire.	Enfouissement en 3 plans. Epiploplastic et G. E. F.	Schleich	16 h.		Dr Cadenat	Norm.	Reprise des douleurs dep. avril 1932.			Même ét. dep 2 ans malgré le régime maigrir.
14.	14 mars 1933	M. J.	36 H.	Tr. nets Perfor. à la fin d'une cr. 15 j.	Tr. nets Pas de dispar. de la matité hépat.	Perfor. lenticulaire face antérieure de l'antre. Gros œdème gastrique.	Suture en X au lin. Enfouisssem.		4 h.	Sans	Gandy	Norm	Cr. grave mal- régime en déc. 1933. Signes de sténose.	En janv. 1934 Gastrectomie (Polya). Gandy	10 mois	Bon état dep. a engraisé de 8 kg.
15.	14 mai 1933	M. D	60 H.	Tr. nets dep. 5 a. Perfor. à la fin d'une cr. de 5 jou.	Tr. nets 1 vomis.	Perforat. duodénale de 2 cm. Indurât. périphérique.	Suture et Epiploplastie.		1 h.	Sans	Blanquine	Norm.	Rep. des doui. av. vomissem. et amaigrissem. 6 mois après.			
16.	Spt. 1931	M. L.	33 H.	Tr. nets depuis des années	Tr. nets	Perfor. face antérieure de l'antre.	Suture et Epiploplastie.		?	Sans	Dr Gaulier.	Norm.	Reprise des doui. aigües. Amaigrissem. Stén. pylorique	En déc. 1932 Gastrectomie (Polya). Mort p-opér.	14 mois	
17.	13 avril 1933	M. G.	H.		Tr. nets	Perfor. face antérieu- re de l'antre.	Suture et enfouissement.	Ether	?	Sans	Dr Ménégauz	Norm.	Repr. de crises doui. malgré le régime.			

	Hôpital	Date de l'opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates	Caractères des troubles	Reintervention	Durée de l'intervalle entre les opérations	Résultats éloignés
18.	Bouicaud.	24 juil. 1932	M. F.	29	H.			Perfor. duodénale.	Suture et plicature.	Ether	4 h.	Sans	D ^r Leibovici.	Norm.		En sept. 1932, gastrect. (Polya) précolique avec J. J. D ^r Soupault.	2 mois	
19.		24 mars 1933	M. B.	43	H.	Tr. nets dep. 8 a. Perfor. fin de cr. de 15 j.	Tr. nets 37,5 P. 90	Perfor. duodéno-pylorique lenticulaire. Zone calleuse large, liquide bilieux.	Suture points en X. Entoussissement. Epiploplastie.	Ether		Drainage	Rachelsberg	Norm.		En mai 1933 Gastrectomie D ^r Soupault.	2 mois	
20.		24 sept. 1933	M. L. D.	33	H.	Tr. nets dep. 12 ans. Perfor. fin de crise de 8 j.	Tr. nets	Perfor. punctiforme, face antérieure de l'antre. Gros œdème de l'antre.	Suture.	Ether	3 h.	Sans	D ^r Gueullette.	Norm.	Repr. des doubl. malgré le rég.			
21.		17 nov. 1933	M. D.	31	H.	Nets dep. des ann. (5 ans) perfor. fin de cr.	Tr. nets	Perforation duodénale bords calleux.	Suture en 2 plans et épiploplastie.	Schleich	6 h	Sans.	Gandy	Cong. pulm.		En janv. 1934, gastrectomie (Polya) (Gandy)	2 mois	Auc. trouble a engraisé de 4 kgs.
22.		11 déc. 1933	M. M.	37	H.	Récents	T. nets	Perforation face ant de l'antre.	Suture en 2 plans	Locale	4 h.	Sans	D ^r Soupault	Norm.		En fév. 1934, Gastrect. (Polya) D ^r Soupault).	2 mois	
23.	Bouicaud. (Dujarier)	1923	M. G.	35	H.			Perforat. duodénale.	Suture.	Ether	?	Sans	D ^r Houdard		Rep. de crises douloureuses.	Réopér. (date ? gast.-entérost.)	?	Auc. trouble depuis
24.		26 fév. 1926	M. T.	40	H.		Net.	Perfor. duodénale.	Suture.	Ether	30 h.		D ^r Rouhier		Crises douleur nomb. s. vom. non calmées; p ^r le régime.			Etat persist. depuis 8 ans.
25.		1929	M. S.	40	H.			Perforat. pylorique antérieure.	Suture.	Ether	2 h. 1/2	Sans	D ^r Redon.		Repr. de doubl. au bout de 7 m.	En mai 1930, Gast.-entérost. D ^r Redon.		Excell. état depuis.
26.		1930	M. N.	47	H.			Perforat. pylorique pr. du bord supérieur.	Suture et gastro-entérostomie.	Ether	6 h.	Sans	D ^r Redon		Crises douleur. nécess. une nouv. hospital.			Souffre d'une man. discont. s. cr. aigüe.
27.		Juillet 1930	M. G.	45	H.			Perfor. pylorique antérieure.	Suture et gastro-entérostomie difficile.	Ether	3 h.	Sans	D ^r Couve-laïre		Au bout de 5 m., rep. des doubl. et hémât.	En juillet 1933, Gastrectomie. D ^r Soupault.		

N. de l'Observ.	Hôpital Date de l'opération d'urgence	Nom	Age	Sexe	Antécédents	Signes cliniques d'urgence	Lésions constatées à l'intervention	Technique opératoire	Anesthésie	Temps écoulé avant l'opération	Drainage	Opérateur	Suites immédiates	Caractères des troubles	Réintervention	Durée de l'intervalle entre les 2 opérations	Résultats éloignés
28.	Bouicaud 1931	M. R.	32	H.			Perfor. duodénale antérieure.	Suture.	Ether	6 h.		D ^r Lecaer.		Rep. des douls. malgré le rég.			
29.	I a Pitié. 17 juil. 1926	M. P	26	H.			Perfor. duodénale antérieure.	Suture.	Ether	?	Sus-pubien	D ^r Armand		Rep. des douls. au bout d'1 an malgré le rég.	En mars 1932 gastro-entérostomie.	6 ans	Auc. trouble depuis.
30.	9 avril 1927	M. J.	35	H.	Tr. nets	Nets 38%. P. 90	Perfor. petite courbure Diam. de 2 cm., zone calleuse.	Suture au lin. Epiploplastie.	Ether	13 h.	1 mèche sur la suture	D ^r Merle d'Aubigné.	Norm.	Reprise des douleurs.	En janv. 1934, décédé des suites d'une réint.		
31.	23 avril 1931	M. A.	29	H.	Tr. nets		Perf. duodénale antérieure. Liquide.	Enfouissement.	?	5 h.	Sans	D ^r Chevrier		En déc. 1932, Sig. nets de stén. du pylore.			
32.	9 sept. 1931	M. M.	42	H.	Tr. nets		Perforat. pylorique lenticulaire.	Suture.	Ether	5 h	Sus-pubien	D ^r Welti	Norm.		En nov. 1931 gast.-enterost.	2 mois	Auc. trouble depuis
33.	16 avril 1932	M. M.	43	H.		Tr. nets 39% P : 100	Perfor. punctiforme si la pet. courbure. Zone calleuse, liq. abond.	Enfouissement en 2 pl. au lin et G.E.	Ether	11 h.	Mèche sous le foie.	Elhim	Norm	Crises douls. av. vom. crises tr. fréquentes.			Continuation des mêmes troubles.
34.	Gard. de la Paix 8 oct. 1931	M. B.	49	H.	Nets	37% P : 92	Perfor. duodénale de 2 cm. Zone calleuse.	Enfouissement au lin. Epiploplastie.		13 h.	Sous le foie.	D ^r Iselin	Norm	Reprise des douleurs.	En avril 1932 gastro-entérostomie.	6 mois	Amél., mais continue à souffrir.
35.	11 déc. 1931	M. B.	28	H.	Nets	37% P : 80	Perfor. duodénale de 2 cm. Pas de liquide.	Enfouissement et G.E.		5 h.	Sus-pubien	D ^r Merle d'Aubigné	Norm.	Rep. des douls. malgré le régime.			Pas d'amélioration au b. d'un an.
36.	1 ^{er} juin 1932	M. B	34	H.	Peu nets	Tr. nets 37 P. 80	Perfor. duodénale pylorique lenticulaire. Zone calleuse.	Enfouissement par 2 bourses		3 h.		D ^r Banzet.	Norm.	Sig. nets d'ulc. duodénal au bout d'un an.	Doit être réopéré.		
37.	Cochin. 12 mars 1933	M. C.	32	H.		Sig. d'ap pend. aiguë	Appendice sain. Périoration de 4 cm. Enorme bloc calleux.	Suture impossible Epiploplastie. et méchage.	Ether	10 h.	Une mèche	D ^r Padovani.	Norm.		En mai 1933, gastrectomie. (finister). D ^r Wilmoth.		

CONCLUSIONS

En nous basant sur l'étude de 191 observations à propos desquelles nous avons envisagé la valeur des divers symptômes cliniques et les résultats immédiats et éloignés que donnent les différentes interventions pratiquées d'urgence nous formulons les conclusions suivantes :

I. — ETUDE CLINIQUE.

1° La très grande fréquence du groupement des trois notions fondamentales :

antécédents gastriques,

douleur initiale intense,

contracture abdominale généralisée,

rend en général facile le diagnostic d'ulcère perforé en péritoine libre.

2° Dans les cas douteux il ne faut pas compter sur la valeur de symptômes secondaires tels que le vomissement ou la sonorité préhépatique pour affirmer un diagnostic.

Un examen radiologique est alors indispensable.

3° Le diagnostic entre la perforation duodénale et la perforation appendiculaire demeure presque impossible dans bien des cas.

II. — RÉSULTATS IMMÉDIATS.

1° Quelle que soit la conduite opératoire, l'intervention précoce est seule capable d'améliorer le pronostic.

2° La simple suture de la perforation est encore de tous les procédés celui qui comporte la mortalité la plus faible.

III. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Seule l'étude des résultats éloignés permet de juger de la valeur de chacun des procédés opératoires.

1° La suture simple de l'ulcère suffit dans près de la moitié des cas à assurer une guérison définitive.

2° La gastro-entérostomie associée apparaît, immédiatement et à distance, comme une intervention souvent inutile et insuffisante.

Elle ne donne pas beaucoup plus de guérisons stables que la simple suture et comporte des inconvénients qui lui appartiennent en propre.

3° La résection apparaît à distance comme donnant le plus grand nombre de guérisons définitives, mais elle n'est pas toujours nécessaire.

4° Des considérations cliniques et anatomo-pathologiques permettent de dire, quand l'on se trouve dans les meilleures conditions :

— la suture doit être réservée aux ulcus à bords souples, sans œdème et de passé récent ;

— la gastrectomie sera le traitement de choix des perforations à bords calleux, œdématiés, à passé ancien ;

— la gastrectomie secondaire sera le seul traitement des échecs de la suture seule après inutilité prouvée d'un traitement médical sérieux.

Vu :
LE DOYEN,
G. ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
DUVAL.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1921, p. 150.
- ALAMARTINE et DUNET. — *Revue de Chirurgie*, 1921, tome LIX.
- ALBO. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1921, p. 1360.
- AMELINE et A. FOLLIASSON. — *Presse Médicale*, 10 décembre 1932, p. 1855.
- AMESTI (DE). — *Revista medica de Chile*, an LVIII, n° 5.
- AUFFRAY. — *Thèse de Paris*, 1897.
- BAGER. — *Acta Chirurg. Scandinavica*, vol. LXIV, supplément XI, 1929, p. 320.
- BELLUNE. — *Il Policlinico* (Sezione pratica), an XXXIX, n° 7.
- BERG (A.A.). — *Annals of Surgery*, vol. XCM., n° 3.
- BERGENSTEIN. — *Thèse de Paris*, 1932.
- BERNARD (Raymond). — *Presse Médicale*, an XL, 28 décembre 1932.
- BITTROLF (R.). — *Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 19.
- BLACKFORD (J.) et BAYER (J.W.). — *The American Journal of Surgery*, vol. XII, n° 1.
- BLOCH (René). — *Revue de Chirurgie*, 1932, n° 10, p. 787.
- BOIRON. — *Thèse de Bordeaux*, 1932.
- BOULIN (P.M.). — *Thèse de Paris*, 1921.
- BOURDE (Yves). — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*
Rapport Proust, tome LVII, p. 1171.
- BOUSSEAU (G.). — *Thèse de Paris*, 1912.
- BORSZÉKY. — *Zentralblatt für Chir.*, 6 février 1926.
- BRAÜN (W.). — *Der Chirurgie*, an III, tome IX, 1^{er} mai 1931.
- BRENNER. — *Surgery, Gynecology and obstetrics*, 1922.

- BRENNER. — *Annals of Surgery*, vol. LXXXVI, n° 3.
- BROGLIO et PERNWERTH. — *Il Policlinico*, an XL.
- BROWN. — *Medical Journal of Australia*, an XIX, vol. 1, n° 18, 30 avril 1932, p. 624.
- BRÜTT. — *Zentralblatt für Chir.*, 1921, tome XLVIII.
- BRYCE (Graham). — *The British medical Journal*, n° 3616, 26 avril 1930.
- BULLOCK. — *The medical Journal of Australia*, 1921, an VIII.
- BUNDSCHUH. — *Archiv. für Klinische Chir.*, tome CXXIX, 1924.
- CADENAT (F.M.). — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1922, p. 836.
- CAPETTE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1922, p. 1116. Rapport Hartmann.
- CAMPO (J. C. del) et UGON. — *Anales de la Facultad de Medicina* (Montevideo), tome XIV, n° 4.
- CHABRUT. — *Journal de Chirurgie*, tome XXXVIII, n° 5.
- CHIASSERINI. — *Giornale Veneto de Scienza mediche*, an V, n° 3.
- CEBALLOS et GOMEZ. — *Boletines y Trabajos de la Soc. de Chir. de Buenos-Aires*, tome XIV, n° 31.
- CELLAN JONES (C.J.). — *The British medical Journal*, n° 3571, 15 juin 1929.
- CLAVEL (Ch.) et CLAVEL (J.). — *Soc. de Chir. de Lyon*, 19 mai 1932.
- COTTE. — *Lyon Chirurgical*, 1921, n° 2.
- COURTY. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport P. Duval, 1921, p. 791.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport Basset, 1926, p. 888.
- DEHELLY. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport Lecène, 1921, p. 1182.
- DÉJARDIN. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport Proust, tome LIX, p. 250.

- DELAGENIÈRE. — *XXIX^e Congrès de Chirurgie*, 1920.
- DELORE et MONNIER. — *Presse Médicale*, an XXXIX, n° 9.
- DELOYERS. — *Le Scalpel*, 4 mars 1933.
- DESJACQUES. — *Soc. de Chir. de Lyon*, 26 mai 1932.
- DESMAREST et DEBRAY. — *Journal de Chir.*, tome XXXII, n° 1.
- DESPLAS et MUTRICY. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 3 juin 1933.
- DIEULAFOY. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, tome I, p. 225.
- *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, tome II, p. 81.
- DONOVAN. — *Archives Argentinas de Enferm del Ajarato Digest. y de la patrie*. tome VII, n° 3, p. 329-342.
- DUCASTAING. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LVIII, p. 1601. Rapport Moulonguet.
- DUNBAR. — *The Glasgow medical Journal*, vol. XXIV, n° 2.
- DURST. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, tome CCXXIX, fasc. 3-5.
- DUVAL et MOUTIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LIV, p. 423.
- DUVAL. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1921, p. 792.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1922, u. 856.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1922, p. 1471.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1924, p. 215.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1924, p. 603.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1924, p. 915.
- DUVAL, J. Ch. ROUX et F. MOUTIER. — *La Presse Médicale*, tome XXXIII, n° 1, 3 janvier 1925.
- DWORSAK. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, tome CCXXI, fasc. 3-4.
- EBERLE. — *Zentralblatt für Chir.*, 1920, tome XLVII.
- ECHELTER. — *Archiv. für Klinische Chir.*, tome CLX, juillet 1930.
- ELVING. — *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, tome LXXII, n° 5.

- ENDERLEN. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, janvier 1926.
- ENGELSING. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, tome CLXXXVI, 1924.
- EVANS. — *The British medical Journal*, 30 janvier 1926.
- FABRE. — *Thèse de Lyon*, 1927.
- FERNICOLA. — *La Prensa medica argentina*, an XIV, n° 30, 30 mars 1928.
- FERRE (Augustin). — *Archivos de Medicina. - Cirurg. y Especialid*, tome XXXV, n° 28, an. XIII, n° 579, 9 juillet 1932.
- FEREY. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport Guimbellot, tome LVIII, p. 153.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport Guimbellot, tome LVII, p. 898.
- FILMOUR et SAINT. — *The British Journal of Surgery*, vol. XX, juillet 1932, n° 77.
- FINNEY (J.M.T.) et HANRAHAN. — *Annals of Surgery*, vol. XCII, n° 4.
- FINSTERBUSCH et GROSS. — *Der Chirurgie*, an. IV, 1^{er} août 1932.
- FINSTERER. — *Bruns' Beiträge zur Klinischen Chir.*, tome CXLVII, n° 1.
- FLEMING. — *The Journal of the American Méd. Assoc.*, vol. XCVII, n° 1.
- GABRIELLI. — *Riforma medica*, an XLVIII, n° 49.
- GANDUSIO et POTOTSCHNIG. — *Zentralblatt für Chir*, 1921.
- GANDUSIO. — *Archivio Italiano di Chir.*, 1922.
- GANDY (Charles). — *Thèse de Paris*, 1899.
- GAUTHIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1920, p. 1145.
- GAY (P.). — *Thèse de Paris*, 1925.
- GIBSON. — *The Journal of the Amer. med. Assoc.*, vol. XCI, n° 14.
- GIBBON (J.H.). — *Annals of Surgery*, vol. XCII, n° 4.

- GIOVONI. — *Il Policlinico*, an XXXVII, n° 11.
- GOSSET (A.). — Rapport du XL^e Congrès français de Chirurgie, oct. 1931.
- GRÉGOIRE (R.). — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1922, p. 1039.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LVI, n° 6, 22 février 1930.
- GUILLEMINET et LATREILLE. — *Journal de Chir.*, tom. XXXIII, n° 3.
- GUINENEZ (C. Pera). — *Revista Medica de Barcelona*, an. IX, tome XVIII, n° 104.
- GUTH. — *Medizinische Klinik*, 10 avril 1925.
- GUTHRIE. — *New York State Journal of Medicine*, vol. XXIII, n° 2.
- HARTMANN. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LIV, p. 263.
- HAUGSETH. — *Norsk Magasin for Lægevidenskaben*, an XCIII, n° 10, octobre 1932.
- HENLE. — *Der Chirurgie*, an II, n° 21.
- HENNING. — *Zentralblatt für innere Medizin*, an. LIV, 21 janvier 1933.
- HIMMELMANN. — *Münchener medizinische Wochenschrift*, an LXXIX, n° 39, 23 sept. 32.
- HINTON (J.W.). — *Surgery, Gynecology and obstetrics*, vol. LII, n° 3.
- HOCHE et MARANGOS. — *Archiv. für Klinische Chir.*, tome CLXIX, fasc. 4, avril 1932.
- HOLMAN. — *The British Medical Journal*, 6 juin 1931.
- HOTZ. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LI, 1924.
- HROMADA et NEWMAN. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1922.
- JACBOVICI. — *Spitalul*, tome L, n° 12.
- JACQUELIN. — *Thèse de Paris*, 1930.
- JOHSON (Carl J.). — *Klinische Wochenschrift*, an. X, n° 43.

- JUDINE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport Duval, 1929, p. 1233.
- *Journal de Chir.*, tome XXXVIII, p. 159.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 20 mai 1933.
- KOENNECKE. — *Der Chirurg.*, an. III, n° 20.
- KORACH. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LIV, n° 24.
- KOTT. — *Fortschritte der Medizin*, 2 nov. 1926.
- KRAINIK (R.). — *Thèse de Paris*, 1922.
- KREUTER. — *Klinische Wochenschrift*, an. VI, n° 16.
- KREUTER. — *Klinische Wochenschrift*, an. VI, n° 16.
- KUDLEK. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LXI, n° 21.
- LANG (F.W.). — *The Lancet*, vol. CCXI.
- LAPOINTE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1920, p. 1115.
- LARDENNOIS. — Rapport au VIII^e Congrès de la Soc. Internat. de Chir., Varsovie, 22-25 juillet 1929.
- LASTRA. — *Vida nueva*, vol. XIX, n° 3.
- LAURET (Gaston). — *Thèse de Paris*, 1921.
- LECÈNE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1922, p. 1036.
- *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1928, p. 455
- LENORMANT et ISELIN (Marc). — *Journal de Chir.*, tome XXXII, p. 527.
- LERICHE. — *Lyon Chirurgical*, 1921, tome XVIII, n° 1.
- *La Presse Médicale*, 5 et 23 août 1933, numéros 62 et 67.
- LEROY (Roger). — *Thèse de Paris*, 1931.
- LEWISOHN. — *Annals of Surgery*, vol. LXXXVII, n° 6, juin 1928.
- *Annals of Surgery*, vol. LXXII, 1920.
- LÖHR. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, oct. 1924.
- LUPAN. — *Clujul medical*, tome X, n° 4.
- MAGNANT. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport Guimbellot, tome LVII, p. 357.

- MARAIS. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport
Lecène, 1923, p. 207.
- MASSA et BERTONE. — *Minerva medica*, an. IX, vol. II, n° 32.
- MAY (H.) et PROESER. — *Medizinische Klinik*, an. XXVIII.
- MÉNÉGAUX. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Rapport
P. Duval, 14 mai 1930.
- METZGER (A.). — *Thèse de Paris*, 1925.
- MEYER. — *Zentralblatt für Chir.*, 6 février 1926.
- MEYER et BRAMS. — *The American Journal of the medical
Sciences*, vol. CLXXI, n° 4.
- MICHON (L.). — *Soc. de Chir. de Lyon*, 30 juin 1932.
- MOIROUD (P.). — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*,
tome LVIII, p. 189.
- MONDOR. — *Diagnostics urgents - Abdomen*, 1 volume,
Masson, 1930.
- MONDOR et PORCHER. — *Journal de Chirurgie*, tome XLI,
n° 1.
- MONDOR et LAURET. — *Les Ulcères perforés de l'estomac et
du duodénum*, 1 volume, Masson, 1923.
- MONOD (Robert). — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*,
1923, p. 337.
- MOURGUES (Jean de). — *Thèse de Lyon*, 1933.
- MORVILLE. — *Hospitalstidende* an. LXXIII, n° 11.
- MÜHSAM. — *Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 51.
- MULLEDER et NEUBERGER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*,
tome XXXVI, 1923.
- NAUMANN. — *Archiv. für Klinische Chir.*, tome CXXXIX,
fasc. 2-3.
- NELLER. — *Münchener medizinische Vochenschrift*, an.
LXXXVI, n° 13.
- NIOSI. — *Annali italiani di Chir.*, 1922.
- NOEHREN. — *New York Medical Journal*, 1922, vol. CXX,
n° 11.
- NOORLIN. — *Acta Chirurg. Scandinavica*, vol. LVI, 1924.
- OBERTHÜR. — *Thèse de Paris*, 1926.

- OELBERG. — *Acta chirurg. Scandinavica*, vol. LXII, fasc. 1-2.
- OEHLECKER. — *Archiv. für Klinische Chir.*, 1923, tome CXXVII.
- PATEL et DESJACQUES. — *Presse Médicale*, an. XLI, 15 février 1933.
- PFEIFFER. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LIX, n° 47.
- PLAZOLLES. — *Thèse de Toulouse*, 1927.
- PLOUVIER. — *Thèse de Lille*, 1923.
- PODLAHA. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LIII, n° 45.
- PONEK. — *Medizinische Klinik*, an. XXIII, n° 39.
- POTOTSCHNIG. — *Archivio italiano di Chir.*, tome XIX, fasc. 4, sept. 1927.
- PRADER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, tome XXIII.
- PROMPTOWA. — *Brüns' Beiträge zur Klinischen Chir.*, tome CXLIX, fasc. 2, avril 1930.
- PUHL.^e — *Virchows Archiv. für patholog. Anatomie und Physiologie*, mars 1926.
- RAPANT. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LVII, n° 19.
- RICHARD. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LVIII, n° 3.
- RIDDER. — *Der Chirurg.*, an III, tome XX.
- RIESE. — *Archiv. für Klinische Chir.*, 1923, tome CXXVII.
- ROCHE. — *Thèse de Bordeaux*, 1928.
- ROPKE. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1922.
- ROSMORDUC. — *Thèse de Bordeaux*, 1930.
- ROSSI. — *La Clinica Chirurgica*, an. VIII.
- RYSER, — *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 1921.
- SALINGER et HERTZ. — *Der Chirurg.* an. IV, tome III.
- SAN MARTIN. — *Boletines y Trabejos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*, tome XIII, n° 15.
- SANTY. — *Thèse de Lyon*, 1915.
- SCHNEIDER. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LI, 1924.
- SHELTON HORSLEY. — *Annals of Surgery*, vol. XCII, n° 4.

- SCHMIDT (Erwin R.). — *Acta chirurgica Scandinavica*, vol. LV, 1922.
- SCHWARTZ. — *Zentralblatt für Chir.*, tome LVI, n° 17.
- SCHWARTZ. — *Brüns' Beiträge zur Klinischen Chir.*, tome CXLV, n° 2.
- SCOLLO. — *Annali Italiani di Chirurgica*, vol. XXXII.
— *Il Policlinico* (Sezione chirurgica), an. XXXIX, n° 5, 15 mai 1932.
- SELVAGGI. — *Annali Italiani di Chirurgica*, vol. XII, janvier 1933.
- SOLE, PINEIRO SORONDO et MOSTO. — L'ulcère de l'estomac et du duodenum, un volume, Buenos-Aires, 1931.
- SORONDO. — *Boletines y Trabajos de la Soc. de Cirurg. de Buenos-Aires*, tome XIV, n° 5.
- SOUPAULT. — *Presse Médicale*, an. XXXVIII, n° 9, 29 janvier 1930.
- SOUTHAM. — *The British medical Journal*, 1922.
- STEICHELE. — *Archiv. für Klinische Chir.*, 1923.
- STENBUCH. — *Annals of Surgery*, vol. LXXXV, n° 5.
- STEWART et BARBER. — *Annals of Surgery*, 1922, vol. LXXV.
- STOHR. — *Medizinische Klinik*, juillet 1925.
- STOFFEL. — *Der Chirurg*, an. V, 1^{er} février 1933.
- TONDEUR. — *Revue de Chirurgie*, an. L, n° 5.
- TOUPET (R.). — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome XLVII.
- UHLRICH. — *Revue de Chir.*, 1921.
- URRATIA. — *La Medicina iberica*, an XIII, tome XXIV, vol. I, n° 606.
- VAUGHAN et BRAMS. — *Wiener medizinische Wochenschrift*, 15 août 1925.
— *Surgery, Gynecology and obstetrics*, vol. XXXIX, 1924.
- VAUGHAN et SINGER. — *Surgery, Gynecology and obstetrics*, vol. XLIX, n° 5, nov. 1929.

- VIGYAZO. — *Zentralblatt für Chir.*, 26 juin 1926.
- WALDT. — *Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 30.
- WHITE et PATTERSON. — *Annals of Surgery*, vol. XCIV, n° 2, août 1931.
- WILLIAMS et WALSH. — *The Lancet*, vol. CCXVII, n° 5549, 4 janvier 1930.
- WILMOTH. — *Journal de Chirurgie*, tome XXXVI, n° 5.
- WINSLOW. — *Annals of Surgery*, 1921, tome LXXIV, n° 6.
- WITT STETTEN. — *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. CLXXIV, n° 2.
- WOLFF (H.). — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, tome CCXIII, fasc. 3-4.
- WOLFSON et GRAY. — *Annals of Surgery*, vol. LXXXIX, n° 2.
- ZOEPPFEL. — *Zentralblatt für Chir.*, tome XLIX.
- ZUKSCHWERDT et Théo ECK. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, tome CCXXXII, mai 1931.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	13
--------------------	----

Première Partie

Etude clinique	17
Etiologie	19
Diagnostic clinique	26
Diagnostic différentiel	45

Deuxième Partie

Résultats immédiats	49
---------------------------	----

Troisième Partie

Résultats éloignés	69
Observations	103
Groupe I. — Dont il n'existe pas de résultats éloignés	105
Groupe II. — Résultats éloignés :	
I. — Tableaux des malades guéris.....	119
Groupe III. — Résultats éloignés :	
II. — Tableaux des malades ayant continué à souffrir	125
Conclusions	131
Bibliographie	134

